

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE 584

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Thèse présentée et soutenue le mercredi 20 juillet 1898 à 9 heures

Par BALLARD

Né à Pléchâtel (Ille-et-Vilaine) le 2 juin 1876

COMMENT MEURENT LES ÉPILEPTIQUES

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. HUMBERT, professeur.
 THOINOT et ACHARD, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898.

584

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Thèse présentée et soutenue le mercredi 20 juillet 1898 à 9 heures

Par BALLARD

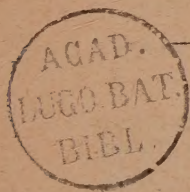
Né à Pléchâtel (Ille-et-Vilaine) le 2 juin 1876

COMMENT MEURENT LES ÉPILEPTIQUES

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. HUMBERT, professeur.
 THOINOT et ACHARD, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical.*



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ACHARD	GILBERT.	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ALBARRAN	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
ANDRE	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BAR	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BONNAIRE	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
BROCA	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RÉTTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

* Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

ET DE MON VÉNÉRÉ GRAND'PÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE

A MA TANTE

A MONSIEUR LE D^r BOURNEVILLE

Médecin de Bicêtre.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin des hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

COMMENT MEURENT LES ÉPILEPTIQUES

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention, dans ce modeste travail, d'écrire quelque chose de nouveau. La question a déjà été traitée maintes fois par des maîtres d'une compétence reconnue. Les travaux de Tissot, Herpin, Delasiauve Rengade et Reynaud, et enfin ceux de M. Bourneville, à qui nous devons l'idée de notre thèse, ont fait de l'épilepsie une des maladies les mieux connues du cadre nosologique. Cependant il nous a paru intéressant de rappeler, en un résumé succinct, les diverses manières dont meurent les malheureux atteints de cette redoutable affection. Nous ne saurions mieux faire d'ailleurs que de recourir à ces auteurs, et nous puiserions largement dans leurs ouvrages.

Après quelques considérations générales sur le pronostic de la maladie, nous entrerons dans le vif de notre travail. Nous passerons d'abord en revue les différentes circonstances dans lesquelles peut se trouver l'épileptique au moment où apparaît son accès, et qui peuvent rendre cet accès funeste. Nous verrons ensuite comment l'accès épileptique peut être mortel par lui-même en dehors de toute influence extérieure, soit que cet accès tue instantanément, soit que les convulsions produisent des lésions incompatibles avec la vie. Dans un troisième chapitre, nous traiterons de l'état de mal, bien connu depuis les recherches de M. Bourneville, et, enfin, dans un quatrième et dernier chapitre, nous aurons en vue la manière de mourir de beaucoup la plus commune aux épileptiques, la cachexie progressive et les maladies intercurrentes.

Mais, avant de commencer cette étude, nous avons un devoir impérieux à remplir, celui de remercier les personnes qui n'ont cessé de nous prodiguer leurs conseils éclairés. Et d'abord nous remercierons celui à qui nous devons tout, notre cher oncle, M. Demy ; il n'a reculé devant aucun sacrifice, et, s'il nous a été donné d'être médecin, c'est grâce à lui ; aussi arrivé au terme de nos études, nous ne saurions mieux faire que de lui dédier notre thèse.

Qu'il daigne l'agréer comme un faible tribut de toute les obligations que nous avons con-

tractées envers lui. Que notre tante, sa bien digne épouse, nous permette de la comprendre dans un même sentiment de profonde reconnaissance. Nous n'oublierons pas non plus le concours sans borne que nous a toujours prêté notre oncle Auguste.

Que nos maîtres de l'Ecole de Rennes soient assurés de notre gratitude, principalement M. le professeur Aubrée, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne l'année dernière.

Nous remercierons d'une manière toute particulière M. le docteur Bourneville qui nous a fourni les matériaux de notre thèse et n'a cessé de nous aider de ses conseils éclairés et bienveillants pendant la rédaction de notre travail. Les observations que nous publions sortent toutes de son service et il nous a permis de fouiller à pleines mains dans ses notes ; nous lui en sommes profondément reconnaissant.

M. Chapotin, interne du service, nous laissera aussi le remercier de son concours dévoué.

Que M. le professeur Debove, qui nous a fait le très grand honneur de présider notre thèse, nous permette de lui exprimer toute notre gratitude.

CHAPITRE I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE PRONOSTIC DE L'ÉPILEPSIE

De tout temps, l'épilepsie a été considérée comme une affection très grave. Hippocrate, qui l'appelle encore *mal sacré*, sans paraître cependant croire à l'origine divine que lui attribuaient les anciens, parle le premier de guérison : « Le médecin, dit-il, qui saura par le régime changer le tempérament et le rendre froid ou chaud, sec ou humide, parviendra à guérir l'épilepsie. (1) » Il ne semble pourtant pas avoir une bien grande confiance dans l'issue de la maladie, car, plus loin, il ajoute : « L'on a beaucoup de peine à guérir les épileptiques qui portent leur maladie dès l'enfance et ceux chez qui elle s'est manifestée dans l'âge virile, c'est-à-dire depuis l'âge de vingt-cinq ans jusqu'à celui de quarante-cinq. » (2) Alexandre de Tralles, Arêtee, Coelius Aurelianus, Celse et

1. *De morbo sacro.*

2. *Prædictiones, livre 2.*

Galien, admirent ensuite les idées d'Hippocrate.

Tissot, qui nous a donné le premier traité complet sur l'épilepsie, crut davantage à sa curabilité : « Il y a, sans doute, dit-il (1) plusieurs épilepsies incurables, mais elles ne le sont pas toutes ; j'en ai pour ma part guéri un très grand nombre ; plusieurs médecins peuvent en dire autant et je suis persuadé qu'on en guérirait davantage si les médecins n'étaient pas eux-mêmes trop imbus de ce préjugé, si plus d'espérance leur donnait plus d'attention et si, en abandonnant trop tôt un malade, ils ne le réduisaient pas à la triste nécessité de se jeter entre les mains meurtrières de charlatans qui osent tout et, essayant les remèdes les plus violents, en guérissent quelquefois un sur un grand nombre et en jettent la plus grande partie dans un état fâcheux. »

Mais ses contemporains furent loin de partager cette confiance, et Pinel, entre autres, écrivait quelque temps plus tard (2) : « Que de résultats variés et peu satisfaisants ou plutôt propres à faire voir que la maladie est souvent incurable, si la méthode de traitement, dans les cas particuliers, n'est pas fondée sur la distinction des variétés de l'épilepsie ! Des essais faits ces derniers temps par des médecins sages observateurs, n'ont guère servi qu'à prouver

1. *Traité de l'épilepsie*, p. 207.

3. *Nosographie philosophique*, tome III, p. 83.

l'inefficacité des moyens dont on avait beaucoup trop vanté les effets heureux et infaillibles ».

Foville (1), tout en étant convaincu de l'extrême gravité du mal comitial, espère davantage : « que ceux que leur position met à même de voir et soigner un certain nombre de ces malades, dit-il, redoublent de zèle, d'effort, et vraisemblablement ils obtiendront le prix le plus heureux de leur courage, la guérison d'un grand nombre de malades qu'on ne traite pas parce qu'on se croit à l'avance convaincu de leur incurabilité ».

Et pourtant Monneret et Fleury quelques années plus tard s'écriaient (2) :

« Tissot, Doussin, Dubreuil et un grand nombre d'auteurs se vantent d'avoir guéri beaucoup d'épileptiques. On ne saurait trop se tenir en garde contre ces assertions. La guérison de l'épilepsie doit au moins être regardée comme extrêmement rare ; l'épilepsie compliquée d'aliénation mentale, ne guérit jamais. La terminaison presque constante de l'épilepsie est donc la mort. »

Herpin, dans un ouvrage (3) couronné par l'Académie, émit des idées toutes contraires qui ne tardèrent pas être combattues. Ainsi Lélut,

1. *Observations sur la nature et le traitement de l'épilepsie*, p. 349.

2. *Compendium de médecine pratique*, article *épilepsie*.

3. *Pronostic et traitement de l'épilepsie*.

dans une lettre qu'il lui adressait lors de l'apparition de son livre, disait : « J'ai traité des milliers de malheureux et malheureuses en proie à cette maladie, je n'en ai point vu ou à peu près point vu guérir. J'ai vu venir, vivre et mourir dans mon service des centaines de ces malades que nos confrères, et des plus illustres, croyaient avoir guéris, parce que, durant un traitement qu'ils leur avaient fait suivre, leur mal avait quelquefois subi une rémission de quelques mois ou de quelques semaines, je crois donc infiniment peu et aux nouveaux principes du traitement de l'épilepsie et à leurs prétendus résultats. »

Esquirol, dans son beau livre des *Maladies mentales* est du même avis : « Les auteurs ont du prendre, dit-il, pour la guérison spontanée des accès, leur suppression par l'influence de toute médication nouvelle ; l'erreur est d'autant plus possible que les malades sont perdus de vue par le médecin qui n'est pas consulté au retour des accès, » et dans un autre endroit (1) : « Les meilleurs esprits, trahis par les médicaments les plus vantés, n'ont plus espéré qu'aux seules forces de la nature, et ont regardé l'épilepsie comme au-dessus des ressources de la médecine. »

On voit suffisamment, par ces citations, quel pronostic grave portaient sur cette maladie les

1. *Dictionnaire des sciences médicales*, art. *épilepsie*.

anciens. Si quelques médecins ont espéré davantage des médications c'est que, opérant dans leur clientèle, sur des gens qu'ils ne pouvaient suivre un temps assez long, ils ont pris pour la guérison ce qui n'était souvent qu'une suspension des accès. Les auteurs modernes, particulièrement Delasiauve, ayant plus longtemps leurs malades sous les yeux, dans les hôpitaux, ont tous jugé l'épilepsie comme incurable le plus souvent : « Quand elle n'occasionne pas d'accidents prématurément funestes, dit ce dernier elle conduit presque infailliblement, par de lentes dégradations, à la mort, qui arrive ordinairement dans la période d'affaissement qui suit l'horreur des convulsions ».

Cependant, dans le cours des visites que nous avons faites à Bicêtre, M. Bourneville nous a fait voir plusieurs malades épileptiques guéris, du moins n'ayant plus d'accès depuis 2, 3, 4 et même 5 ans.

Tel est Col..., âgé de 23 ans, qu'il a fait passer comme infirme, amputé d'un bras dans l'hospice, et qui n'a pas eu d'accès depuis 6 ans ; tel est Lesaun..., hémiplégique, âgé de 25 ans, qui n'a plus d'accès depuis 3 ans. Tel est encore Tass..., atteint d'arriération intellectuelle, âgé de 19 ans $1/2$, passé dans une section d'adultes et qui n'a plus d'accès depuis 8 ans. Tels sont enfin Schul..., âgé de 16 ans $1/2$, Letel..., âgé de 16 ans, Ha..., âgé de 10 ans qui n'ont

plus d'accès depuis 4 ans $1/2$, 2 ans et 3 ans.

— Parmi les petites filles de la Fondation Vallée nous relevons aussi les noms de Pin..., âgée de 16 ans qui n'a plus d'accès depuis 2 ans $1/2$; Vel..., âgée de 12 ans qui n'en a plus depuis 2 ans et Carpent..., qui n'a plus d'accès depuis un an.

Il nous a signalé les observations de malades sortis de la Section et qui n'ont pas eu d'accès depuis plus d'un an, par exemple : Bén... Lucien, âgé de 15 ans, qui n'a plus d'accès depuis 6 ans $1/2$; Bén... Eugène, âgé de 26 ans, frère du précédent, qui n'a plus d'accès depuis 3 ans $1/2$. Poul..., âgé de 9 ans, qui n'en a plus depuis 3 ans $1/2$. Montill... âgé de 14 ans, actuellement en congé d'essai, qui n'a pas eu d'accès depuis 18 mois.

CHAPITRE II

MORT DÉPENDANT DES CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES SURVIENT L'ACCÈS.

Nous passerons en revue, dans ce chapitre, quelques-unes des nombreuses conditions dans lesquelles peut se trouver le malade lorsqu'apparaît l'accès et qui rendent cet accès funeste alors qu'il ne semblait pas dangereux par lui-même.

L'épileptique, au début de sa crise, est projeté avec tant de violence contre terre ou quelque corps résistant qu'il reçoit des blessures sérieuses qui, le plus souvent, atteignent le cuir chevelu et la face. Si ces plaies sont rarement mortelles par l'hémorrhagie qui les accompagne, elles ne le deviennent que trop souvent, ou du moins il en était ainsi avant l'ère antiseptique, par les complications auxquelles elles donnent lieu. En voici un exemple que nous empruntons à M. Bourneville.

Eliv... Victor, entre le 26 septembre 1872, dans le service de M. Delasiauve à Bicêtre, atteint d'épilep-

sie tardive. En avril 1880, pendant un accès, il tombe sur la figure et se fait une plaie à la joue gauche et à la partie correspondante du front. Un érysipèle se déclare quelques jours plus tard et le malade meurt le 27 avril.

Quelques-uns tombent si malencontreusement qu'ils se fracturent le crâne.

G..., Victor, 23 ans, entré le 2 juin 1857 à Bicêtre était dans un état satisfaisant lorsque le 1^{er} juin 1880, il a un accès pendant lequel l'infirmier ne remarque rien d'anormal. Il continue à travailler à son métier de cordonnier, et le 2, il reçoit sa mère comme à l'habitude. Elle aurait cependant remarqué qu'il était plus triste, pleurait même, et il lui aurait dit: « Tu auras bien du chagrin ». Le lendemain il a de la fièvre, tombe dans le coma, et il meurt le 4 juin à 5 heures du matin. L'autopsie démontra l'existence d'une fracture récente de la base du crâne.

Les épileptiques, comme toutes les personnes cachectiques, sont très frileux, aussi combien de ces malheureux sont dévorés par les flammes ! Surpris par un accès dans leur foyer, ils tombent dans le feu et se font d'horribles brûlures, si quelqu'un ne vient les en retirer. Et ces brûlures, comme le font remarquer Rengade et Reynaud (1), sont d'autant plus graves qu'elles siègent le plus souvent à la face et peuvent, en

1. *Gazette hebdomadaire de médecine* 1835, p. 21.

se cicatrisant, amener l'occlusion des ouvertures palpébrales, nasales, buccale, et, par suite, la gêne ou même l'abolition des fonctions de ces organes. La difformité de la face seule est une complication des plus sérieuses, qui prive l'individu de son travail et le condamne souvent à vivre dans l'isolement le plus complet. Parlant d'une manière défectueuse, pouvant parfois à peine manger et conserver sa salive, cet infortuné tombe dans un état d'affaiblissement extrême qui compromet rapidement sa vie.

Tissot (1) dit n'avoir jamais vu de ces malades se noyer. Cet accident est infiniment plus rare, en effet, que le précédent, ce qui, du reste, n'étonne pas quand on réfléchit que beaucoup d'épileptiques n'approchent pas de l'eau. Il peut arriver cependant qu'ils soient pris d'un accès près d'une rivière ou d'une masse d'eau quelconque et qu'ils y soient précipités. Delasiauve rapporte à ce sujet l'observation (2) d'un malade de son service que l'on employait à la buanderie et qui, au début d'un accès, tomba dans une cuve pleine de lessive et s'y asphyxia avant qu'on ait pu l'en retirer. Rennes (3) dans les *Archives générales de médecine*, avait déjà cité un exemple analogue.

1. *Loc. cit.* p. 204.

2. *Loco citato.*

3. *Archives générales de médecine*, tome XVII, p. 63.

« Le soldat N..., engagé volontaire, était tombé déjà plusieurs fois depuis son arrivée au régiment et l'on s'apprêtait à le réformer. Le 26 septembre 1826, N... étant de garde au quartier de Saverne, et paraissant jouir d'une parfaite santé, réclame à sept heures la permission de s'absenter pour satisfaire un besoin. On le voit se diriger vers des latrines dans une petite rue voisine. A huit heures il n'avait pas reparu ; on s'étonne d'une si longue absence et on le cherche vainement. Cependant on trouve dans les lieux d'aisances, sur le bord de la fosse largement ouverte, un bonnet de police qui est reconnu lui appartenir. Cette circonstance, jointe à ce que l'on savait de l'infirmité dont il était atteint, fit naître l'idée de sonder les matières avec un long bâton ; on ne tarda pas à rencontrer, dans l'un des angles de la fosse, opposés à l'ouverture, un corps solide et résistant. On descendit et l'on trouva le malheureux N... étendu horizontalement dans les matières fécales à demi-liquides, la tête et le tronc entièrement submergés. On se hâta de l'extraire ; le corps fut lavé à grande eau et la bouche débarrassée des immondices qui s'y étaient introduits. Plusieurs moyens tentés par les chirurgiens du régiment pour le rappeler à la vie n'ayant été suivis d'aucuns succès, et la mort étant bien constatée, on transporta le cadavre à l'hôpital militaire »

— L'autopsie fut faite le lendemain et montra le larynx et la trachée remplis de matières fécales à moitié liquides, et d'autres plus délayées avaient pénétré jusque dans les dernières ramifications des bronches, où

l'on trouva encore des portions solides sous forme de grains d'un très petit volume ».

D'autres ont un accès dans leur bain et s'y noient, comme le malade qui fait le sujet de notre première observation.

Quelquefois un épileptique est surpris par un accès sur un lieu élevé, dans un endroit escarpé ou sur le bord d'un précipice et il est précipité dans le vide. Quand il n'est pas tué sur le coup, il se fait des contusions horribles et des fractures dont la consolidation est rendue bien difficile par l'apparition de nouvelles convulsions. Le plus souvent le malheureux reste impotent toute sa vie.

Les épileptiques ont tendance à dormir dans le *decubitus abdominal*, il leur arrive assez fréquemment d'être victimes de cette habitude. Atteints d'un accès en cette position, ou s'ils sont sur le dos ils se retournent instinctivement sur le ventre, le paroxysme les cloue pour ainsi dire la figure contre les oreillers et, si personne ne leur porte secours, ils s'asphyxient vite, l'air ne pouvant plus pénétrer dans les bronches. On constate alors la bouffissure violacée du visage du cou et quelquefois de la partie supérieure de la poitrine. Il y a de plus un aplatissement des lèvres collées à la langue qui se présente à leur ouverture et un écrasement parfois prononcé des narines. Ce genre de mort était bien con-

nu de Tissot et les auteurs modernes, entre autres Delasiauve(1) et M. Bourneville(2) en citent de nombreux exemples ; nous en rapporterons nous-même un cas :

Gold, Louis, âgé de 7 ans, entre le 28 juillet 1884 dans le service de M. Bourneville à Bicêtre. Il allait bien et on avait même remarqué une amélioration notable, quand le 20 novembre à 5 heures du matin, on trouve l'enfant mort dans son lit, *la face aplatie contre son traversin, et couché sur le ventre*. Le corps était encore chaud et l'on essaya de le ranimer, mais toute manœuvre fut inutile.

C'est de cette manière que meurent aussi les malades employés aux champs, dans les jardins. Au moment d'une crise, ils tombent la figure contre la terre qu'ils bêchaient et dans laquelle ils s'asphyxient. Rengade et Reynaud(3) en ont consigné plusieurs exemples dont en voici un :

Cad... travaille aux champs. Ne le voyant pas venir au bout d'un certain temps, on va le chercher et on le trouve mort, la face profondément enfoncée dans la terre qu'il venait de remuer.

1. *Loc. cit.*, p. 167.

2. *Progrès médical*, 1889, 15, 22 juin.

3. *Loc. cit.*

Il n'est pas très rare de voir les épileptiques *étouffés par leurs aliments*, car certains mangent avec gloutonnerie sans prendre le soin de triturer suffisamment leur nourriture. Aussi, qu'il survienne un accès au milieu du repas, et le bol alimentaire s'engagera dans les voies respiratoires et les obstruera. Ainsi périt F..., qui fait l'objet de notre deuxième observation.

Beaucoup, ayant la manie de conserver toujours quelque chose dans la bouche, cailloux, noyaux de fruits, tuyau de pipe, chique de tabac, avalent ces corps étrangers au moment d'une convulsion et succombent à la suffocation qu'ils déterminent. M. Bourneville en cite un bel exemple (1) qu'il nous permettra de rappeler brièvement :

Gass..., Edouard, âgé de dix ans, entre le 19 février 1892, dans le service de M. Bourneville à Bicêtre. Comme antécédents, on note la syphilis chez le père ; et la mère, folle, est internée à l'asile de Ville-Evrard. L'épilepsie débuta à l'âge de dix ans par de petits cris sans convulsions. Mais bientôt apparurent les convulsions, et les accès se montrèrent fréquents et très intenses. Le 12 juin suivant, l'enfant est pris d'un accès très fort au milieu duquel il meurt, sans qu'on ne s'aperçoive de rien. A l'autopsie on trouve, dans la trachée, à la hauteur de la fourchette sternale, un caillou aplati

1. *Compte-rendu de Bicêtre*, 1893, p. 100.

transversalement et ovalaire, mesurant 0,006 millimètres de longueur sur 0,002 d'épaisseur. De plus, les poumons sont fortement congestionnés et présentent l'aspect splénique ; le poumon droit est adhérent à la plèvre costale. Aucune trace de corps étranger dans le cœcum.

Quelques-uns sont *asphyxiés par les matières de leurs vomissements*, tel Fauc..., dont nous rapportons l'histoire plus loin (1).

D'autres *meurent dans les voluptés d'un coït*
De tout temps les auteurs ont signalé les effets désastreux que les excès vénériens produisent sur l'épilepsie. Faucher (2) cite l'exemple de deux jeunes époux devenus épileptiques par l'ardeur du premier rapprochement. Mais l'onanisme est encore bien plus dangereux car l'ébranlement cérébral, auquel donne lieu le spasme voluptueux et l'épuisement nerveux qui lui succède, ne sont plus alors compensés par le vif attrait de l'union sexuelle. « On voit par ce qui précède, à quels accidents de toute sorte sont exposés les malheureux atteints de cette affection déjà si dangereuse par elle-même, et l'on est surpris qu'ils n'en soient pas plus souvent victimes. Beaucoup y échappent, il est vrai, mais un trop grand nombre encore y succombe ; on ne saurait donc les entourer de trop de précautions. Les charretiers sont écrasés par les roues de

1. Voy. *Observ. II.*

2. *Thèse de Paris, 1864.*

leurs voitures, les ouvriers des usines sont pris dans les engrenages, les mécaniciens sont broyés par les machines qu'ils conduisent, et tant d'autres hélas ! dont il serait trop long de rapporter ici la fin tragique ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Cette observation a été publiée, en partie, par M. Bourneville, dans son *Compte-rendu de Bicêtre* 1883; au chapitre *Mérycisme*).

SOMMAIRE. — Père, rien — Grand'Mère, morte de la rupture d'un anévrysme. — Mère, asthmatique. — Cousin, aliéné. — Idiotie; épilepsie. — Mérycisme; vivacité. — Rougeole à 4 ans et à 9 ans. — Mort asphixié dans l'eau de son bain.

AUTOPSIE. — Aspect laiteux des lobes temporaux. — Pie-mère épaissie avec adhérences. — Légère congestion des poumons:

Y... Ferdinand, né à Paris, le 2 juillet 1872, est entré le 20 octobre 1877 à Bicêtre, dans le service de M. Bourneville.

Antécédents. — Renseignements fournis par le père, le 22 octobre 1879. « *Le père*, 41 ans, forgeron, est vigoureux et bien portant; pas d'excès de boissons. Il aurait eu à dix-huit ans « un coup de sang » et le « sang brûlé ». Il n'est pas syphilitique. « *Père*, 78 ans, receveur d'octroi, est bien portant. Pas de maladies

nerveuses, mais excès de boissons. — Mère, morte subitement à 58 ans, de la rupture d'un anévrysme. « C'était une femme bien sage ». Aucun antécédent nerveux. — Deux frères bien portants, mariés, ont quatre et sept enfants tous bien portants, n'ayant jamais eu de convulsions».

La mère, 42 ans, lingère, est intelligente et assez forte; mais elle est asthmatique et facilement irritable; elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Pas de névralgies, de migraines; variole grave en 1870. Pas de dermatose. « Père, mort d'une inflammation d'intestins; aucun excès, pas de maladies nerveuses. — Mère, bien portante, intelligente, pas de maladies nerveuses. — Trois sœurs bien portantes ont des enfants bien constitués; un seul, âgé de sept ans, a une tête très grosse, mais est intelligent; il louche et a eu des convulsions. — Un cousin germain est mort fou à l'asile de Nantes ».

Pas de consanguinité. Deux enfants: 1^o notre malade; 2^o une fille, bien constituée, morte à cinq semaines d'une diarrhée cholériforme.

Notre malade. — Pendant la grossesse, à cinq mois, la mère a eu une peur si violente qu'elle s'est trouvée mal sur le coup et n'a repris ses sens qu'au bout d'un quart d'heure. L'accouchement, à terme, a été facile. Elevé au sein par sa mère jusqu'à vingt-six mois, il a eu la rougeole à quatre mois. Il a été vacciné et n'a pas eu la variole. A trois ans, contusion violente de la tête à la suite d'une chute; croup à cinq ans. A sept ans, on avait déjà remarqué de petites secousses dans les bras avec des crispations dans les mains et des

mouvements dans les yeux. Il fut soigné pendant cinq ans par le bromure de potassium; les accès sont allés en augmentant jusqu'à l'entrée. Le minimum des accès en vingt-quatre heures était de sept à huit, et le maximum de trente. A un moment, il y eut une période de trois ans qui se passa sans accès et pendant laquelle il maigrit beaucoup. Les accès sont diurnes et nocturnes; pas d'étourdissements. Y... n'a jamais prévenu. Il n'a marché qu'à quatre ans, n'a jamais parlé, a toujours gâté. Pas d'ophtalmies, de dartres, de croûtes dans les cheveux; il a eu un abcès sur le côté droit du cou dont la cicatrice reste visible. Onanisme fréquent: on était obligé de lui attacher les bras.

Il a commencé à ruminer à dix mois, après avoir mangé ou bu. Il avalait ses aliments de suite, gloutonnement; pas de salacité.

Avril 1882. — Il marche très bien, grimpe partout mais ne sait pas descendre les escaliers. Il est toujours en mouvement, court après les feuilles, tourne dans les cours en secouant ses mains, en les tapotant d'une contre l'autre et en poussant de petits cris: « Euh! Euh! » ou en soufflant. Lorsqu'il aperçoit une porte ouverte, il sort sans savoir où il va aller et sans idée du danger s'il y en a. Il aime à clapoter dans l'eau et à pousser les cailloux avec ses pieds. Il est parfois colère, surtout quand on le débarbouille, quand on lui coupe les cheveux. Il bave, suce rarement ses doigts; il a plutôt l'habitude de les mettre dans ses oreilles. Il est vorace, gourmand et voleur; pas de salacité; gâtisme; onanisme persistant. Il ne sait-nise laver, ni s'habiller,

ni ne déshabiller. Parole nulle, ne dit que « papa, maman ». Il ne comprend rien et ne fait même aucun signe. Il reconnaît maintenant son père et sa mère, ce qu'il ne faisait pas à l'entrée. Il est caressant et paraît affectionner d'une façon particulière un de ses camarades qui s'occupe un peu de lui. Il est impossible de fixer son attention. —

L'épilepsie se traduit chez lui par des accès et des vertiges; en 1880, il a eu 132 accès et 115 vertiges; en 1881, 286 accès et 512 vertiges; en 1882, 347 accès et 142 vertiges; en 1883, 396 accès et 67 vertiges. Il a eu en janvier 1881 une rougeole qui a duré six semaines et pendant laquelle il n'a eu aucune manifestation épileptique.

Description des accès.— Chez cet enfant les grands accès eux-mêmes n'ont jamais une grande intensité. Le plus ordinairement, il pousse un cri, penche le dos en arrière, tend la tête et les bras en avant; les pieds et les mains sont dans l'extension et la rotation en dedans. En même temps les globes oculaires sont tournés en haut et la bouche est largement ouverte. —

Petites secousses tétaniformes dans les membres, mais surtout dans les paupières; puis secousses cloniques généralement de peu d'étendue et de peu de durée; elles sont quelquefois moins prononcées à droite. Rouslement, bave sanguinolente, émission d'urine; sommeil. Les accès se produisent surtout après les repas. — Son état est resté stationnaire pendant les années suivantes; en 1883, il a eu 396 accès et 76 vertiges;

en 1884, 450 accès et 176 vertiges ; en 1885, 382 accès et 39 vertiges.

18 novembre 1885. — On l'apporte le matin à l'infirmierie en état de mort apparente.

Pas de pouls, pas de respiration. Les lèvres sont cyanosées et il existe des marbrures violacées sur les joues. L'infirmier chargé de la surveillance des baignoires, dit qu'il a eu un accès dans son bain. On l'a entendu couler au fond de la baignoire et l'on a couru le retirer. En lui faisant pencher la tête, il sort un peu d'eau claire, sans trace de graisse. Après une demi-heure de manœuvres artificielles et de frictions excitantes, la respiration ne se rétablit pas et l'on est obligé de l'abandonner.

Autopsie. — Faite 24 heures après le décès. — Rigidité cadavérique prononcée aux membres ; tissu adipeux sous-cutané épais et de consistance normale. On note des adhérences en arrière et à gauche des deux plèvres. A la section des grosses branches il s'écoule une mousse rosée que l'on voit aussi sortir abondamment du tissu pulmonaire quand on le comprime. Le cœur contient une assez grande quantité de sang très noir. Les valvules sont normales et le trou de Botal est obturé. Les reins sont congestionnés et étoilés ; la décortication est facile. La rate est normale. L'estomac contient une faible quantité de liquide grisâtre, transparent et quelques fragments de haricots. Le bord droit du foie est adhérent avec le côlon ascendant ; le parenchyme est normal, un peu hyperémié. Le thy-mus persiste. Le larynx n'offre rien de particulier.

Le crâne est d'épaisseur moyenne, les sutures ne sont pas soudées; la base est normale. Le liquide céphalo-rachidien est un peu augmenté. Le cerveau pèse 1180 grammes, le cervelet et l'isthme 160 grammes. L'hémisphère droit pèse 20 grammes de plus que le gauche. Aspect laiteux à l'extrémité antérieure des lobes temporaux et la face supérieure des lobes orbitaires et sur les deux tiers antérieurs de la face convexe, des deux côtés. Il y a aussi des adhérences légères de la face interne des lobes orbitaires.

La pie-mère est très épaissie dans la scissure de Sylvius, un peu plus sur le côté gauche. Les artères, les nerfs et les pédoncules de la protubérance sont symétriques. A droite la pie-mère s'enlève facilement, sans adhérences; elle est seulement un peu épaissie au niveau du lobe frontal; partout ailleurs elle est plutôt mince. A gauche elle est considérablement épaissie sur la face convexe du lobe frontal. Cependant, avec quelques précautions on arrive à l'enlever sans entraîner de substance grise, sauf en quelques points assez rares.

Dans les sillons, elle est bien moins épaisse. Pas de lésions en foyer; pas d'induration.

Les cornes d'Ammon sont normales. Les hémisphères cérébelleux sont égaux et le cervelet n'offre rien de particulier.

OBSERVATION II.

Sommaire. — Père rhumatisant. — Mère morte très jeune. — Fils unique. — Revers de fortune. — Début de l'épilepsie à 58 ans. — Accès rares, 3, 4, par an. — Faiblesse dans les jambes. — Intelligence diminuée. — Mort asphyxié par aliments.

Autopsie. — Morceau de bouilli de 27 gr. à l'entrée du larynx et un autre morceau de pain de la grosseur d'une petite noix appliqué sur les cordes vocales inférieures. — Cœur hypertrophié, insuffisances mitrale et triscupidiennne. — Artères vertébrales et de l'hexagone de Willis grosses. — Hémisphères inégaux. — Atrophie des deuxième et troisième circonvolutions frontales droites, sans sclérose ni induration. — Ramollissement du pli courbe.

F..., Pierre, âgé de 67 ans est entré le 3 novembre 1873 à Bicêtre.

Antécédents. — Renseignements fournis par son fils le 25 avril 1882 : *Son père*, mort à 80 ans était rhumatisant, mais il ne présentait pas de phénomènes nerveux. Sa mère est morte il avait à peine 6 ans ; on ne peut avoir de renseignements sur elle. Une tante paternelle est morte très âgée ; elle n'aurait pas été nerveuse. Il était fils unique. Il a des cousins et cousines âgées qui se portent bien. Il exerçait la profession de serrurier et était à l'aise. Il était d'une constitution robuste, à part des douleurs articulaires. Sobre, il n'a pas fait d'excès d'alcool et il fumait très peu, et seulement depuis son entrée à Bicêtre. Au moment de la guerre, il dépensa une grande partie de ses économies, et sa femme ayant été ensuite longtemps alitée, il acheva d'épuiser ses ressources. Alors ses affaires pé-

richitèrent, et ses enfants attribuent l'origine de la maladie à ces revers de fortune. Il eut son premier accès à 58 ans, il était occupé à lire son journal lorsqu'il tomba tout-à-coup à la renverse, poussa un cri et fut agité de convulsions, avec de l'écume à la bouche. Il resta trois mois sans avoir de nouvelle attaque. On s'aperçut que « sa tête déménageait ». Il partait quelquefois le matin et ne revenait que le soir. Il ne se trouvait bien nulle part ; à peine était-il huit jours dans un hospice qu'il voulait en sortir et il n'était pas plus tôt dehors qu'il demandait à y rentrer. Le second accès revint au bout de 3 mois, puis il fut un an sans tomber. Au troisième accès, ses enfants, voyant que son cerveau se dérangeait tout à fait, le firent admettre à Bicêtre.

Les notes ayant été perdues, nous n'avons pas de renseignements sur le malade, les premières années de son hospitalisation. Pourtant M. Falret disait le 22 février 1877 : « Atteint d'épilepsie, dont les attaques ont commencé à l'âge de 58 ans et se renouvellent rarement, six en 1876, et deux depuis le commencement de 1877. Faiblesse des jambes, surtout du côté gauche ; difficulté de la marche. Intelligence morale. »

Le 20 juin 1880, il a un accès, et dans sa chute, il se fait une contusion de l'épaule droite et de la base frontale du même côté. Le 21 août, il est pris, à la suite d'un accès, d'agitation maniaque et bat un de ses camarades ; on est obligé de lui mettre la camisole. Durant la nuit, il cherche à se dégager et dort peu.

Le lendemain matin il est calme et il paraît fatigué. En novembre il a un nouvel accès dans lequel il se fait une contusion du nez, de la paupière supérieure gauche et de la partie correspondante du front. Il devient gâteux, il marche avec deux bâtons « afin de se soutenir les reins. » et il se plaint de souffrir beaucoup. Il vit de plus en plus seul; tantôt il marche constamment, tantôt il demande à se coucher. Il est devenu très vorace, et il mange gloutonnement avec ses mains.

1882. Le 24 avril, F... a eu un accès à huit heures du matin dans lequel en tombant, il s'est fait une plaie légère à la région temporale droite. Cet accès n'avait, par ailleurs présenté rien d'anormal, lorsqu'à 11 heures, en commençant à déjeuner il est pris de quelques convulsions, il se lève brusquement, fait quelques pas et s'étend sur un fauteuil. La face est pâle, la respiration presque suspendue, le pouls est lent, mais régulier. Après deux ou trois minutes il vomit un peu, puis le pouls s'arrête et le malade expire.

Autopsie faite le 25 avril. — En ouvrant le pharynx, on trouve, appliqué sur l'orifice supérieur du larynx et l'oblitérant complètement, un morceau de bouilli non mâché, pesant 27 grammes et mesurant 4 cent. de long sur 3 cent. de large. On trouve encore dans l'intérieur du larynx un morceau de pain du volume d'une petite noix, appliqué sur les cordes vocales inférieures. Les poumons sont le siège d'une congestion intense. Le droit adhère à la plèvre en haut et en arrière par une fausse membrane assez solide. La base du lobe

inférieur est le siège d'une assez grande quantité d'aiguilles osseuses agglomérées à la façon des branches de corail. On constate en ce point une dépression marquée à la surface du poumon (cicatrice ancienne). Le cœur, volumineux, pèse 530 gr., et les valvules mitrale et tricuspide sont insuffisantes. La rate et le rein sont normaux. Le foie, très congestionné, présente l'aspect du foie muscade.

Le cuir chevelu est très épais et le crâne dur à scier. Les sinus sont gorgés de sang; et la pie-mère présente des arborisations. Pas d'anomalie de la base du crâne; les artères de l'hexagone sont très dilatées avec plaques jaunâtres disséminées en îlots de consistance cartilagineuse. L'artère vertébrale gauche est plus dilatée que celle du côté droit et décrit une courbe analogue à celle de la crosse aortique. La branche artérielle qui part de la carotide gauche et qui forme le côté supérieur de la partie latérale gauche de l'hexagone de Willis présente le volume d'une plume de corbeau, tandis que la branche analogue du côté droit est comme un gros fil à ligature. Le sillon formé par l'accrolement des deux hémisphères cérébraux répond au nerf optique droit, et non au chiasma. Pas d'autre anomalie frappante. Le cerveau, assez ferme et facile à décortiquer, pèse 1250 gr., et l'hémisphère droit est plus lourd de 35 gr. que le gauche. Le cervelet est moins facile à décortiquer; la pie-mère est très résistance et on enlève avec elle quelques lambeaux de la substance cérébrale. Le liquide encéphalo-rachidien est assez abondant.

L'hémisphère gauche ne présente rien de particulier : lobes paracentral et carré très développés.

Hémisphère droit. — La circonvolution frontale ascendante et la pariétale ascendante sont régulières. Première frontale normale. La deuxième frontale est atrophiée dans sa partie postérieure, au niveau de son insertion. La troisième frontale présente une atrophie dans ses 2/3 postérieurs; il en résulte immédiatement avant la partie inférieure de la frontale ascendante une cavité infundibuliforme. La coloration des circonvolutions atrophiées est normale; il semble s'agir là d'un foyer d'atrophie cérébrale sans sclérose: pas d'induration appréciable des parties atrophiées. Il existe un ancien foyer de ramollissement occupant la partie postérieure de la première circonvolution tempo-sphénoïdale, et la plus grande partie du pli courbe. Les autres circonvolutions ne présentent pas de lésions. La couche optique et le corps strié ainsi que la corne d'Ammon sont sains. La scissure qui sépare le lobe carré du coin est très profonde, et le lobe carré de ce côté est moins large. Sur la protubérance on trouve en travers une plaque grise de cinq centimètres de haut, et disposée en cravatte, se prolongeant sur le pédoncule cérébelleux du côté gauche. Elle se prolonge également sur le pédoncule cérébelleux droit, mais seulement sur une hauteur de deux centimètres.

OBSERVATION III

Sommaire. — Père douteux. — Mère débauchée. — Début de ses accès à 4 ans. — Chute dans la Seine. — Roulement. — Automatisme. — Etourdissement précédant les accès. — Onanisme. — Kleptomanie. — Gloutonnerie. — Herbivore. — Ingestion exagérée de boudin le 2 décembre 1885. — Accès avec retour des aliments et introduction dans les voies aériennes. — Mort.

Autopsie. — Œsophage, larynx, bronches remplies de boudin. — Estomac plein. — Thymus persistant.

F... Léon, âgé de 15 ans, entre le 27 juillet 1885 à Bicêtre dans le service de M. Bourneville.

Antécédents. — Renseignements fournis par la sœur de sa belle-mère :

Le père, 42 ans, tapissier, est un bon ouvrier gagnant bien sa vie. Il ne boit jamais, fume peu et est de très bonne conduite. Sa santé est excellente. Il n'est pas colère.

Nul détail sur sa famille.

La mère, est partie en abandonnant son enfant à l'âge de 4 ans. Elle se conduisait mal et le père pense que le malade n'est pas de lui. On la croit dans une maison publique. Rien sur ses parents.

Pas de consanguinité. Deux enfants : 1° notre malade ; 2° fille morte à 6 mois, on ne sait de quoi ; on ignore si elle a eu des convulsions.

Notre malade. — Aucun détail sur la conception, la grossesse et l'accouchement.

Elevé au biberon, à la campagne, par sa grand'mère avec du lait de vache, on n'a aucun renseignement sur lui jusqu'à 4 ans. Alors la sœur de la personne qui nous donne ces renseignements, étant venue vivre avec le père, prit l'enfant et l'éleva. A cette époque il aurait déjà eu des accès. Il n'a jamais été à l'école. Il a appris à lire et écrire en se servant, à la maison, des livres et en copiant les devoirs de ses frères et sœurs qui, au nombre de cinq, sont intelligents et bien portants, sans convulsions.

Il n'a pas d'aura au début de ses accès ; il jette un cri étouffé et tombe. La rigidité est égale des deux côtés et les secousses sont très faibles. Il se roule et se mord souvent la langue et les lèvres ; la période de stertor est bruyante et l'écume abondante. Il urine à la fin de la crise, et parfois même il y a évacuation des matières. Les accès sont diurnes et nocturnes. Le maximum est de 5 en 24 heures, et le plus long intervalle deux jours. « Quand ça le prend plus fort, c'est aux changements de lune ; alors il en a 4-5 par jour ». Durant les étourdissements qui précèdent souvent les accès, il n'a pas de secousses. Il dort bien, mais il parle pendant son sommeil. Onanisme fréquent, il ne se gênerait même pas pour se masturber. Il n'aurait pas eu de rapports sexuels. Il est voleur et il a dérobé plusieurs fois du pain, des légumes. « A ce moment, il lui est arrivé de se sauver et de rester trois jours et plus dehors, vivant on ne sait de quoi ». Il est très vorace : « il mange l'herbe comme les animaux ; et il mangerait de tout si on ne l'en empêchait ».

8 août. — Le malade est violent, un de ses camarades étant entré aux cabinets avant lui, il lui a donné, sans raison, des coups de poing sur la tête.

9 novembre. — F... a des boutons dans la main et il les avait laissés tomber. Ses camarades se sont mis à rire; alors il est entré dans une violente colère et a donné un coup de poing à l'un d'eux qui a riposté par plusieurs coups de soulier à la tête. F... présente une plaie du cuir chevelu de 4 centimètres sur la bosse pariétale droite.

2 décembre. — F... déjeune copieusement, il mange même la portion de boudin de plusieurs de ses camarades. Il va à midi au gymnase, mais ne fait pas d'exercices, il a un accès en arrivant, de peu de durée. L'infirmier s'étant absenté quelque temps, il le trouve à midi et demi, sans connaissance, ne faisant plus aucun mouvement, et la bouche pleine de matières vomies. Il envoie prévenir l'interne de garde qui, à 1 h. 5', le voit la figure violacée les extrémités froides, ne présentant plus signe de vie.

Il débarrasse la bouche de tout ce qu'elle contenait et fait des manœuvres artificielles; mais la respiration ne se rétablit pas, et il est obligé d'abandonner le cadavre.

Autopsie faite 48 heures après la mort : la rigidité cadavérique est très prononcée. Le tissu adipeux est assez épais. A l'ouverture de l'abdomen, on ne remarque rien de particulier, sauf l'estomac qui est très dilaté et contient neuf verres d'une bouillie noirâtre qui le remplit presque entièrement. Il a refoulé le foie à

droite, à quatre travers de doigts au-dessus du rebord des fausses côtes, au niveau de la région mamillaire. Le cœur est normal, il y a cependant des ecchymoses ponctuées sur le péricarde viscéral. Les poumons ne sont pas tuberculeux. Il n'y a pas d'ecchymoses sous-pleurales. Les grosses et les petites bronches sont remplies par une matière noirâtre qui n'est autre que du boudin. Le larynx et l'œsophage sont également remplis par cette matière qui soulève l'épiglotte. Le thymus, persistant, s'étend jusqu'à la moitié inférieure du péricarde. Le rein, la rate et le foie sont normaux.

Le crâne est épais, le diploé est bien développé et la suture médio-frontale est ossifiée. La base et la calotte sont symétriques. A l'enlèvement du cerveau, il ne s'écoule qu'un peu de sang noirâtre : Les méninges sont hyperémiées et la première s'enlève facilement. Le cerveau pèse 1450 gr, dont 620 gr. et 650 gr. pour les hémisphères droit et gauche, et 145 gr. pour le cervelet et l'isthme. Les lobes occipitaux sont très fortement écartés. Les hémisphères ne présentent aucune lésion appréciable, sauf un petit volume des circonvolution occipitales qui ont aussi une consistance plus ferme. Les ventricules latéraux sont normaux, et les artères de la base symétriques. Les cornes d'Ammon sont normales.

CHAPITRE III

MORT CAUSÉE DIRECTEMENT PAR L'ACCÈS.

L'accès d'épilepsie peut être mortel en dehors de toute influence extérieure. On trouve quelquefois à l'autopsie des lésions capables d'expliquer cette terminaison, mais, le plus souvent, on ne voit rien.

Les morsures de la langue, si communes qu'elles sont regardées comme un des symptômes de l'accès, ne sont pas ordinairement bien sérieuses, quelques contusions accompagnées d'un léger suintement de sang qui teinte en rouge l'écume : Mais il peut arriver que la mâchoire soit animée de mouvements si violents qu'elle saisisse la langue, projetée elle-même en avant par ses propres convulsions, la broie cruellement, l'ampute même totalement ainsi que Turner (1) cité par Tissot, en rapporte un exemple. Il se produit alors une hémorrhagie abondante qui affaiblit beaucoup et qui, chez certains sujets anémiés, jointe au gonflement

1. *Art. of. Surgery*, tom. I, obs. 54 p. 378.

énorme du moignon et à la suffocation qui en est la conséquence, peut entraîner la mort. La mâchoire est quelquefois écartée avec tant de violence qu'elle se luxe et donne à l'individu un aspect effrayant.

La torsion des membres est parfois si énergique qu'elle s'accompagne de luxation, de fracture; Tissot (1) a vu ainsi un enfant de six semaines à qui un premier accès déranger le poignet, et Trousseau (2) rapporte le cas d'un homme qui se réveilla un matin avec de la courbature et une forte douleur dans l'épaule droite, accompagnée d'impotence fonctionnelle du bras correspondant. L'individu étant rhumatisant, on méconnut d'abord la luxation et ce n'est que quelques mois plus tard qu'on la réduisit. A quelque temps de là, elle se reproduisait dans les mêmes conditions. On voit encore dans les *Mémoires des Curieux de la Nature* (3) un enfant qui, dans une forte convulsion, eut l'os de l'épaule cassé, ainsi que celui de la cuisse à son col et le tibia en son milieu. Ces fractures, nous l'avons déjà dit, peuvent occasionner de redoutables conséquences car souvent la formation du col est entravée par de nouvelles convulsions.

Il se produit encore, assez rarement cepen-

1. *Loc. cit.* p. 202.

2. *Clin. Hôtel-Dieu*, tome II p. 95.

3. Lieutaud, *Anal.* tome II, p. 851.

dant, une *congestion cérébrale* intense, rapidement mortelle.

D'autres fois, au moment d'un paroxysme, le sang peut être lancé avec tant de force qu'il s'échappe des vaisseaux et se répand en masse dans le cerveau, produisant ainsi *l'apoplexie* et souvent la mort. Short (1) a même vu un accès entraîner la *rupture du ventricule gauche du cœur* et le sang s'épancher dans le péricarde et la poitrine. On peut voir de même la rupture d'un anévrysme.

Ces hémorrhagies peuvent se produire bien ailleurs qu'au cerveau ; on les rencontre un peu dans tous les organes, et même à la surface du corps. Le spasme musculaire est alors si intense qu'il arrête la circulation dans les vaisseaux et oblige les capillaires à se vider dans la tunique cellulaire. Tissot (2) en a cité un bel exemple : « Berhaave, dit-il, fut témoin d'un spectacle bien singulier dans ce genre et il eut bien de la peine à persuader aux parents qu'il était naturel. Un enfant mourut dans un violent paroxysme ; tout son corps devint aussi noir que celui d'un nègre, excepté dans une partie du bas-ventre sur laquelle la main avait été fortement appliquée par une convulsion et où elle avait empêché l'extravasation de s'étendre. »

1. Tissot, *loc. cit.* p. 198.

2. *Loc. cit.* p. 198.

L'accès d'épilepsie peut se terminer par la mort, sans qu'à l'autopsie on ne trouve aucune lésion. Dans ces cas le malade succombe soit après une série d'accès de plus en plus rapprochés, séparés cependant par un retour à la connaissance, et c'est ce que l'on appelle les accès sériels, soit même dans un premier paroxysme :

Lef... Jacques, âgé de 29 ans, et entré le 29 décembre 1881 à l'hospice de Bicêtre, travaillait le 10 novembre 1883 avec ses camarades dans le jardin, lorsque, à 4 heures, il tombe comme une masse, se débat rapidement, puis reste immobile. On s'empresse de le porter à l'infirmerie et on prévient l'interne de garde qui constate le décès. A l'autopsie, on ne trouve pas trace de lésions.

Les auteurs ont diversement interprété la mort dans ces cas ; quelques-uns l'ont mise sur le compte de la congestion méningitique ; « mais, dit Trousseau (1), elle en est la conséquence et non la cause ». Pour lui la mort arriverait soit par asphyxie, c'est le fait le plus ordinaire, soit par syncope.

« L'asphyxie, dit-il, peut être la conséquence des convulsions internes ; elle se présente de deux manières très distinctes. Elle peut être immédiate ; le malade meurt dans un accès de suffocation ; il meurt comme étranglé, ou comme

1. *Loc. cit.*

si on lui eût violemment et brusquement serré la poitrine dans un cercle de feu. La contraction tonique, se prolongeant outre mesure, au delà d'une minute et demie, deux minutes au plus, enraye complètement les mouvements respiratoires et suspend les fonctions d'un appareil dont l'exercice est immédiatement nécessaire à l'entretien de la vie.

L'autre mécanisme suivant lequel les convulsions internes produisent l'asphyxie est tout différent. C'est lorsque, la convulsion étant complète, des mouvements alternatifs de contraction et de relâchement des muscles respirateurs se succèdent à des intervalles si rapprochés, qu'ils ne permettent plus à la cage thoracique, et, par suite, au poumon de se développer suffisamment ; c'est lorsque le spasme de l'orifice supérieur du larynx se répétant sans interruption, le libre passage de l'air dans le larynx, la trachée et les bronches est intercepté. L'hématose ne se fait plus régulièrement parce que d'une part l'appareil respiratoire ne reçoit plus une quantité suffisante d'un air réparateur ; parce que, d'autre part, il ne se débarrasse plus de celui qui, ayant perdu son oxygène, est devenu impropre à la respiration. Celle-ci est alors insuffisante, incomplète, et l'asphyxie survient comme chez les individus qui succombent à des affections organiques du larynx, à l'angine laryngée oedémateuse par exemple »

La mort par asphyxie, voilà donc celle qui survient ordinairement, alors que les convulsions se terminent fatalement. Cependant on ne peut ne pas admettre que, dans certains cas, les individus sont emportés par une syncope, soit qu'on explique celle-ci par l'ébranlement considérable éprouvé par le système nerveux, soit qu'on l'explique par une convulsion affectant l'organe central de la circulation, de façon à en empêcher les mouvements ».

OBSERVATION IV

Sommaire. — Père, rien de particulier. — Mère nerveuse ; n'a pas eu de crises cependant. — Pas de consanguinité. — Peur très forte pendant la grossesse. — Accouchement à huit mois, spontané. — Premières convulsions dès le 8^e jour après la naissance. — Etat de mal à 6 ans. — Pas d'aura. — Mort dans un accès unique.

Autopsie. — Pie-mère congestionnée. — Hémisphères inégaux. — Atrophie et induration de l'extrémité postérieure de l'hémisphère droit.

G..., Thomas, 12 ans, né à Londres, entre le 6 octobre 1885, dans le service de M. Bourneville.

ANTÉCÉDENTS. — Renseignements fournis par sa mère le 2 novembre 1885. — « *Le père*, 44 ans, cocher de maison, est bien portant. Il ne fait pas d'excès d'alcool et ne fume pas. Il est d'un caractère calme. Il n'a pas de migraines ni de céphalalgies, ni d'accidents nerveux.

« Son père, est mort, elle ne sait de quoi, en Ecosse; sa mère est bienportante. Il ne connaît pas ses grands parents paternels et maternels. — Dans la famille, il n'y a pas eu d'aliénés, d'épileptiques, ni de suicidés ; pas de criminels ».

La mère, âgé de 30 ans, est grande, de physionomie régulière, assez agréable. Elle paraît intelligente ; femme de chambre autrefois, elle fait des ménages maintenant. Elle n'a jamais été malade ; elle n'a pas souffert de migraines, ni de céphalalgies ; elle n'a pas eu de convulsions dans l'enfance. Quoique nerveuse et très impressionnable, elle n'a jamais eu de crises de nerfs ».

« Son père, mort d'une angine couënneuse ? en 2 heures était cocher et très sobre. Sa mère succomba à une affection de poitrine qui dura 6 mois (tuberculose). Elle n'a pas entendu parler de ses grands parents. Ni frère, ni sœur. Dans la famille rien de particulier ».

Pas de consanguinité, le père est Ecossais, et la mère de Londres. Ils ont eu douze enfants et une fausse couche : 1° Un garçon, notre malade. 2° Une fille âgée de 9 ans, bien portante et intelligente, elle n'a pas eu de convulsions. 3° Une fausse couche de 5 mois occasionnée par un effort ; elle est restée sept mois à l'hôpital à Londres, à la suite de cet avortement.

Notre malade. — La conception a eu lieu 3 mois après le mariage dans de bonnes conditions. En rentrant un soir de l'écurie, elle a eu très peur et a été prise de tremblements, sans syncope ; elle a aussi

ressenti des douleurs d'enfantement. L'accouchement, à huit mois, s'est fait spontanément, sous chloroforme et a été assez rapide, 12 heures ; mais l'enfant, petit était « tout bleu » et on a dû le baptiser dans la chambre, craignant qu'il ne mourût. Elevé au sein maternel jusqu'à 4 mois, il eut, dès le huitième jour, des convulsions qui se répétèrent ensuite presque tous les jours. Il fut difficile à élever, il criait continuellement, mais « la nuit il était beaucoup plus mauvais ». Il n'a cependant pas fait de maladie. A six ans, il eut un premier état de mal qui dura 8 heures, sans retour de la connaissance ; les convulsions étaient plus fortes à gauche. Depuis lors, il a eu tous les trois mois environ des états de mal analogues, durant deux à huit heures. Jamais d'aura ; il ne crit pas ; il urine. On n'a pas observé de folie, ni d'hallucination avant ni après ses accès. Le caractère est devenu plus irritable et il se met en colère pour un rien, surtout depuis 2 ans.

1885. Le 7 octobre. — Entré hier, l'enfant est propre et ne présente rien de particulier ; cependant, on remarque que, dans la station debout, il est pris d'oscillations, du reste assez limitées.

1886. — Le 20 mars suivant on le vaccine, mais sans résultats. Il entre à l'infirmerie le 2 mai pour une diarrhée abondante. On lui donne une potion de bismuth et du diascordium, et le 10 il en sort guéri. Les accès s'espaceraient un peu, mais ils seraient plus intenses.

5 juin. — L'enfant se couche à 7 heures, après avoir joué toute la journée et avoir diné comme d'habitude,

lorsqu'à 7 heures un quart, il est pris subitement d'un accès. Il bleuit, les convulsions toniques puis cloniques se succèdent très intenses et très rapprochées. Et pendant qu'on lui applique des sinapismes, il meurt à 7 heures 30. La température était alors de 41° 2, et elle était encore de 40° 25 une heure après la mort et de 38° 5 après la deuxième heure.

Autopsie. — Faite 36 heures après la mort. — Il y a déjà une décomposition avancée; la rigidité cadavérique a complètement disparu. Le *cuir chevelu* est de couleur rouge foncé. La base du crâne est symétrique et la calotte d'épaisseur normale. La pie-mère est un peu congestionnée, et le liquide céphalo-rachidien, en quantité normale. *L'encéphale* pèse 1050 gr; le cervelet et l'isthme 160 gr.; et l'hémisphère droit est moins lourd de 10 gr. que le gauche. L'émergence des artères et des nerfs est symétrique, ainsi que les pédoncules. Sur l'hémisphère gauche, la vascularisation de la pie-mère est très fine, plus prononcée au niveau du lobe occipital, ce qui est probablement dû au décubitus. La décortication se fait facilement. Il n'y a pas de lésions au foyer; et la corne d'Ammon est normale. Sur l'hémisphère droit, même état de la pie-mère, et décortication toujours facile. Il y a atrophie avec induration, de plusieurs circonvolutions de l'extrémité postérieure de l'hémisphère, ce qui donne un aspect vermiciforme. Les hémisphères cérébelleux sont égaux.

La trachée est normale. Il n'y a pas d'épanchement pleural. Les poumons sont noirâtres, ce qui est dû à la putréfaction déjà avancée. Le cœur, de volume nor-

mal ne présente pas de lésions. L'œsophage n'offre rien de particulier ; l'estomac est plein de matières alimentaires. L'intestin est sain. Le foie est volumineux, mais sans lésions. La rate, petite, ne présente rien de particulier à la coupe.

OBSERVATION V

Sommaire. — Père rien de particulier. — Grand'père paternel mort jeune. — Grand'père maternel mort à 107 ans. — Mère morte à 30 ans à la suite d'une fièvre typhoïde ; aucun renseignement sur sa famille. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 15 ans. Conception, grossesse, accouchement, rien de particulier. — A un ans chute d'une fenêtre, blessures à la tête et « reins cassés ». Deux mois après apparition des premières attaques. — Mort dans un accès d'épilepsie.

Autopsie: — Aspect chagriné des circonvolutions.

Hypertrophie du cœur.

M... Auguste, 16 ans, sans profession, né à Paris, entre le 23 avril 1894 dans le service de M. le Dr Bourneville.

Antécédents. — Renseignements fournis par sa belle-mère le 16 mai 1894. « *Le père* âgé de 57 ans, est homme de peine. D'un caractère assez doux, il a souvent des idées bizarres, mais il n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Nous ne pouvons avoir de renseignements sur sa santé avant 1870, époque à laquelle il s'engagea comme volontaire. Il aurait eu les fièvres intermittentes en Afrique et se serait mis ensuite à

tousser beaucoup, à cracher du sang et maigrir. Maintenant il tousse énormément et transpire la nuit. Il boit quelquefois et sa seconde femme, belle-mère de l'enfant, qui nous donne ces renseignements, l'a vu maintes fois en état d'ivresse.

Son père, est mort assez jeune de maladie inconnue. Sa mère est décédée à 37 ans à la suite de couches mauvaises. Il a eu un grand-père mort très âgé, à 107 ans.

La mère morte vers l'âge de 30 ans était employée aux Manufactures de tabac. Très douce, ne se mettant jamais en colère, elle n'aurait pas eu de maladies de nerfs. Elle n'était pas alcoolique. Elle eut la fièvre typhoïde, et à peine guérie, elle prit froid en restant une journée les pieds dans l'eau ; vinrent ensuite la toux, des hémoptysies répétées, un amaigrissement prononcé et enfin la mort au bout de 3 mois. Il nous est impossible d'avoir des renseignements plus précis ; la belle-mère de l'enfant, qui est très exaltée, ne connaît pas la famille.

Pas de consanguinité ; il eurent deux enfants, pas de fausses couches ? 1° Une fille morte à l'hôpital de la fièvre typhoïde. Elle n'avait jamais été malade, et n'avait pas de convulsions. 2° Un garçon.

Notre malade. — Au moment de la conception, les conditions hygiéniques étaient très satisfaisantes ; bonne santé de part et d'autre. Le père ne souffrait plus de ses fièvres et commençait seulement à tousser un peu. Il n'y avait pas de misère physiologique, ni d'excès de travail. Les parents étaient très contents d'avoir un

enfant. La mère aurait été bien portante dans le cours de la grossesse et n'aurait pas eu d'accidents; mais ces renseignements sont sujets à caution. L'accouchement, à terme, fait par une sage-femme, n'aurait pas été laborieux. L'enfant était vigoureux; nous ne savons la manière dont il a été élevé et nourri. La mère étant morte un an et demi après la naissance, l'enfant était mal surveillé le jour, en l'absence du père. Vers l'âge de deux ans, il est tombé par la fenêtre sur le pavé, et on l'a relevé avec une large blessure à la tête et ne faisant aucun mouvement. Transporté à l'hôpital des Enfants Malades, on le mit dans un appareil plâtré, et deux mois après, apparurent les premières attaques d'épilepsie, sur lesquelles on ne sait rien. Il fut ensuite confié à des personnes charitables qui l'ont gardé jusqu'à l'âge de 10 ans.

Sa belle-mère a été témoin, plusieurs fois, depuis qu'il est revenu chez ses parents, de ses attaques et voici d'après elle, ce qui se passerait : il tourne les yeux et tombe presque aussitôt; cependant, en le surveillant de près, on peut quelquefois le retenir et l'empêcher de se blesser. Aussitôt tombé il se débat; ses membres sont animés de mouvements violents, sans qu'il y ait prédominance sur un côté du corps. Il écume, se mord la langue, urine et a même assez souvent de l'incontinence des matières. Cette attaque dure 10 minutes, une demi-heure quelquefois; puis l'enfant, rouge, le regard égaré, commence à s'endormir et repose parfois une journée entière. On l'aurait aussi trouvé errant la nuit; ramené chez ses parents, et mis au lit,

il ne se rappelait pas du tout de ce qui s'était passé.

Interrogé, M., nous raconte qu'il a été en classe chez les Frères Saint-Jean-de-Dieu, puis en apprentissage chez un relieur, et garçon de café. En dernier lieu, ses parents, sa belle-mère surtout, l'envoyaient chanter dans les cafés. C'est alors qu'il quitta la maison pour ne plus mendier. Il se rappelle avoir toujours eu des vertiges et même des accès ; actuellement encore il en a un à deux par semaine.

1894, 24 avril. — Durant l'examen qu'on lui fait subir pour établir son certificat, M., a un accès et M. Bourneville, dicte la note suivante : « L'enfant s'affaisse sans pousser un cri, on l'aide dans sa chute. La tête est tournée à gauche ainsi que les yeux largement ouverts ; les pupilles sont également dilatées. La face, rouge, est tournée à gauche. Après une longue minute, se montre un peu de stertor, la face se remet droite ainsi que les yeux ; les pupilles sont toujours dilatées ; il prononce alors quelques mots inintelligibles. Au bout d'une autre minute, il chantonne. Il ne paraît pas y avoir eu de raideur, ni aucune évacuation. L'enfant s'assoupit. Comme il n'y a eu aucune espèce de secousse et pas de rigidité, on pourrait placer ces accidents parmi les vertiges ; toutefois, en raison d'une courte période de stertor et surtout de la longueur de la perte de connaissance, du long sommeil qui a suivi, un quart d'heure, ces phénomènes constituent un véritable accès ».

26 avril. — M., entré le 23, est âgé de 16 ans, et mesure 1 mètre 10 ; son poids est de 28 kilog. 100

et le dynamomètre dénote une force musculaire de 11 kilogr. pour le bras droit et de 9 kilogr. pour le bras gauche. Le teint coloré, il a l'air bien portant et ne présente pas de trace de strume. Il paraît plutôt intelligent. Le crâne est nettement asymétrique : la bosse pariétale droite est bien plus saillante que la gauche, et, par contre, la bosse frontale gauche est nettement proéminente. Le front est large et l'occipital volumineux. Les yeux, bleus, sont normaux et la vue est bonne ; il reconnaît les couleurs. Le nez est assez petit et l'odorat obtus. La bouche est moyenne et le goût normal, ainsi d'ailleurs que l'ouïe. Les membres sont bien développés. Le thorax est cylindrique et comme tassé sur lui-même, grâce à la colonne vertébrale qui présente une déformation à convexité postérieure de sa région dorsale, convexité médiane et arrondie. La pointe bat dans le sixième espace intercostal et le cœur est normal. Le pubis est couvert sur toute son étendue, de longs poils bruns qui envahissent le scrotum de chaque côté de la verge dont le gland est découvrable facilement. Les testicules, égaux, sont de la grosseur d'un petit œuf de pigeon ; le gauche est plus descendu.

Le 15 mai, on le fait prendre des douches ; et le 31 septembre, le médecin ordonne de continuer l'hydrothérapie et, de plus, prescrit l'élixir polybromuré, 1-5 cuillerées par jour. En classe, le maître constate qu'il a fait des progrès importants ; il est intelligent, obéissant et travailleur. Il a eu 77 accès depuis son arrivée et 6 vertiges.

Pendant l'année 1895, son état se maintient. Il prend toujours 1-5 cuillerées d'élixir polybromure et des douches. En classe les progrès ne sont plus aussi marqués, quoiqu'il s'y montre toujours courageux et propre ; mais, à l'atelier, ils sont plus sensibles et le maître tailleur est content de lui. Cependant continuant à tomber assez souvent, il reste, après ses accès, deux ou trois jours sans pouvoir rien faire, dormant continuellement.

En 1896, dans les premiers mois, son état reste stationnaire et on ne note pas d'amélioration à l'école ni à l'atelier. Il prend son élixir et va régulièrement à la douche. Au commencement de décembre, l'enfant a fait de légers progrès en classe et surtout à l'atelier, où il se montre toujours courageux, intelligent et docile.

Le 13 décembre on descend, à l'infirmerie, l'enfant qui est mort à 4 heures du matin à la suite d'accès sur lesquels l'infirmier donne les renseignements suivants : M., s'était couché bien portant, lorsqu'il fut réveillé à 9 heures et demie, hier soir, par un accès de moyenne intensité qui dura une minute et fut accompagné d'incontinence d'urine. Quoiqu'il ait eu quelque difficulté à reprendre haleine, il s'endormit vite. Il eut un second accès, également léger, à 1 heure et demie. Mais à 3 heures 50, ce matin, un nouvel accès se déclara. A ce moment l'enfant était couché sur le côté droit, les cuisses repliées sur le ventre ; les bras étaient allongés, les mains ouvertes, les pouces en dedans. Il eut quelques secousses tétaniformes. Les paupières étaient eutr'ouvertes, les yeux fixes, et la bouche ou

verte, sans écume. Il eut deux suffocations successives avec secousses, puis il allongea les jambes et ne bougea plus. A 4 heures il était mort. La température était de 39°3.

AUTOPSIE. — Faite 29 heures après décès par MM. Bourneville et Rellay. — Le cuir chevelu est épais et congestionné, même en avant; la moitié postérieure est extrêmement rouge. Les os sont peu épais et peu durs. Le liquide céphalo-rachidien est en petite quantité. On note quelques adhérences de la dure-mère au niveau de la tente du cervelet, des deux côtés. La fosse temporale est imbibée de sang, les sinus sont presque vides. Le tronc occipital ne présente rien de particulier. Le côté gauche du front est un peu plus saillant que le droit, sur la coupe, la région occipitale droite est plus saillante que la gauche. Les différentes parties de la base du crâne, nerfs, artères, pédoncules sont symétriques. L'apophyse crista-galli est assez épaisse et arrondie. Sur les deux hémisphères, la pie-mère est injectée sur la face externe, mais à un degré moyen. Pas d'ecchymoses, sauf au niveau des 2/3 moyens de la face convexe et au niveau de la scissure inter-hémisphérique, cela des deux côtés.

Sur l'hémisphère gauche, la décortication se fait facilement. La pie-mère est en général peu épaisse. Sur la face interne, la partie postérieure de F1, la circonvolution du corps calleux et la partie inférieure du lobe carré ont un aspect chagriné. Cet aspect se retrouve à la face convexe, sur P. I., sur T1 et T2. La corne d'Ammon, le ventricule latéral et la masse cen-

trale du lobe n'offrent rien de particulier. Sur l'hémisphère droit, même état de la pie-mère, même aspect chagriné. La corne d'Ammon et le ventricule latéral, n'offrent également rien de particulier.

Les organes de la cavité thoracique sont refoulés en avant et en haut, par une cyphose de la colonne dorsale qui fait une saillie très prononcée dans le médiastin postérieur. Ce diaphragme est fortement refoulé en haut et l'axe longitudinal de la cavité thoracique se trouve très diminué. La muqueuse vésicale n'est pas ecchymosée. Le péricarde ne contient pas de liquide, et l'aspect intérieur du cœur ne présente rien de particulier. Les parois du ventricule gauche sont très hypertrophiées. Les reins sont normaux et les capsules surrénales n'offrent rien de particulier. — La plèvre ne contient pas de liquide; il existe quelques adhérences au sommet droit. Le parenchyme pulmonaire est sain, et d'un très petit volume. — Le gros intestin est fortement distendu, il ne contient pas d'ascarides. Le foie à son aspect normal et la vésicule biliaire est très allongée; elle ne contient pas de calculs.

OBSERVATION VI

Sommaire. — Père rien de particulier. — Grand-père asthmatique. — Arrière grand-mère maternelle paralytique avec tremblement de la parole. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 4 ans. — Grossesse rien de particulier. — Première dent à 5 mois. — Marche à 11 mois. — Début de la parole « de bonne heure ». — A 3 ans chute dans l'eau, bronchite. — A

partir de 7 ans sévices de la part de sa belle-mère. — Début d'épilepsie à 12 ans. — Accès d'épilepsie. — Mort.

Autopsie. — Quelques rares adhérences. — Tuberculose et atelectasie pulmonaires. — Tuberculose péritonéale légère.

G... Louis, âgé de 13 ans, né à Arcueil (Seine-et-Oise, entre le 10 octobre 1894 dans le service de M. Bourneville.

Antécédents. — Renseignements fournis par la grand-mère maternelle de l'enfant, le 24 novembre 1894.

Le père, blanchisseur, est mort à 38 ans d'une maladie qu'il contracta à la suite d'un refroidissement brusque. Cette affection dura environ huit mois. Il n'avait jamais été malade auparavant, et n'était pas sujet aux migraines. Il était nerveux et colère ; mais il ne s'enivrait pas et fumait très peu.

« Son père asthmatique mourut à 60 ans. D'une santé robuste, il n'avait pas eu de maux de nerfs. Il était sobre et ne fumait pas. Sa mère âgée de 74 ans, est encore vivante et bien portante. Elle n'est pas nerveuse, et elle ne se plaint que d'étouffements passagers. Il était enfant unique, et il n'avait ni oncle ni tante. On n'a pas connu dans sa famille, d'épileptiques, d'aliénés ni de paralytiques d'aucune sorte ».

La mère a succombé à l'âge de 27 ans, à une maladie de langueur qu'elle avait contracté 7 mois auparavant à l'occasion d'un chaud et froid. Elle était cependant bien portante habituellement, n'était pas nerveuse et n'avait jamais eu de convulsions. « Son père, âgé de 61 ans, fait quelques excès de boissons et fume un peu. Il a toujours joui d'une santé parfaite sauf il y a

16 ans, époque à laquelle il a eu, dans une chute, les jambes brisées. — Sa mère, 65 ans, est blanchisseuse et bien portante. Elle a eu un attaque de rhumatisme à l'âge de 52 ans. Elle n'est pas nerveuse et n'a jamais souffert de maux de tête. Elle a souvent des rêves professionnels, sans cauchemars ni pituite matutinale. — Elle n'a pas connu ses oncles paternels qui sont morts assez âgés. — Deux tantes maternelles sont mortes, l'une à 16 ans et l'autre à 33 ans, de la maladie de poitrine. La seconde qui fut très longtemps malade, eut 10 enfants, dont 7 sont encore vivants et assez bien portants, sauf la plus jeune qui est atteinte d'une tumeur blanche du genou droit. Il n'y a pas eu dans sa famille, d'épileptiques, d'aliénés, ni de suicidés. La grand-mère paternelle de la mère, morte âgée était paralytique et présentait des troubles de la parole ».

Le mari était plus âgé de 4 ans que sa femme. Il n'y a pas de consanguinité à relater ; le père était d'Arcueil et la mère de la Mayenne. Ils ont eu trois enfants et la mère a fait une fausse couche. 1° Un garçon, mort à un an subitement, on ne sait de quoi. 2° Un garçon, notre malade. 3° Une fausse couche de 3 mois, sans cause connue. 4° Une fille, âgée actuellement de 4 ans, bien portante et intelligente. Elle ne présente pas de troubles nerveux.

Notre malade. — Les parents jouissaient encore d'une bonne santé au moment de la conception. La mère, bien portante pendant le cours de la grossesse, n'a pas fait de chute, n'a pas reçu de coups, et n'a pas eu d'attaques de nerfs. L'accouchement, à terme, a été

facile, quoique un peu long. L'enfant, venu par le sommet, sans circulaire, cria aussitôt ; il était beau et fort. Placé en nourrice, il fut élevé au biberon, avec du lait de vache. Il eut sa première dent à 5 mois. Il marcha à 11 mois et parla de bonne heure ; il fut propre également très vite. La mère le reprit à 22 mois, assez fort pour son âge. A 2 ans, il tomba à l'eau et fit une bronchite à la suite de cette chute. Deux ans plus tard, sa mère mourut et son père se remaria au bout de 27 mois. L'enfant fut envoyé à l'école où il apprenait assez bien. Il ne présentait alors, d'ailleurs, rien de spécial et se développait comme les autres enfants de son âge. Mais sa belle-mère le maltraitait déjà ; et, après la mort du père, arrivée l'année dernière, elle redoubla de violence à son égard. Un jour elle fut surprise le tenant par les cheveux et lui frappant la tête contre un lit.

Un mois après la mort de son père, on remarqua les premiers signes de la maladie actuelle. Sa tante l'avait amené à Paris. Déjà il paraissait drôle ; il bavait et laissait tomber les aliments de sa bouche. Au même instant sa figure devenait grimaçante. Depuis, cet accident s'est reproduit tous les mois ; une fois même il a uriné au lit. Il lui est arrivé de tomber, à plusieurs reprises, de perdre connaissance et devenir tout blanc. Mais ses membres ne sont pas animés de mouvements, ni cloniques, ni toniques. Il se relève au bout de quelques minutes, l'air non abruti. Il n'a pas d'émission involontaire d'urine, ni d'écume à la bouche. Il serait ainsi tombé une vingtaine de fois avant son entrée à

Bicêtre. Son caractère ne serait pas changé et son intelligence n'aurait pas diminué, depuis qu'il a ses accès, nous dit sa grand'mère. L'enfant se plaint de sentir, immédiatement avant de tomber, quelque chose lui chatouiller les narines.

1894. Le 12 octobre, entré hier, G... quoique pâle, paraît assez bien portant. Sa figure a une expression sournoise et entêtée. Le crâne est de volume moyen, la moitié gauche est plus développée. Sa vue est normale, il connaît les couleurs, et il entend bien. Les membres sont bien développés ; le dynamomètre accuse 26 kg. pour le bras droit et 21 kg. pour le gauche. Sa taille est de 1 m. 52 et il pèse 47 kg 750.

Le 26 novembre, on commence à lui donner une cuillerée d'élixir prolybromuré et on l'envoie à la douche. Il est placé dans la grande classe et il fait de la gymnastique. Le 29 décembre, le médecin prie de continuer l'élixir et les douches. Il a eu, depuis son entrée, 21 accès et 2 vertiges. Son état reste sensiblement stationnaire.

En 1895, pendant les premiers mois, on ne note pas d'amélioration ; ses accès sont peut-être moins nombreux, mais il ne fait pas de progrès sensibles en classe. Le 29 juin, M. Bourneville augmente la dose d'élixir, qui est portée à 3 cuillerées et fait continuer les douches.

Le 30 juin, aussitôt après son dîner, vers 5 heures et demie, G... est pris d'un accès d'épilepsie pendant lequel un peu de sang s'écoule par le nez et la bouche. Il reprend ensuite son aspect normal et se

promène dans la cour. Mais comme il garde un ronflement bizarre et que sa face resté violacée, on le descend à l'infirmerie. L'interne de garde, appelé, constate un état asphyxique assez prononcé et un certain embarras de la respiration qui est accompagnée de ronchus s'entendant même à distance. Il n'y a pas de matité, mais l'auscultation dénote des râles muqueux et sibilants abondants dans toute la poitrine. Un peu de liquide rosé continue toujours à s'écouler par le nez et la bouche. La connaissance est parfaite, et la température de $37^{\circ}4$. Il prescrit des inhalations d'oxygène et fait appliquer des ventouses. Cependant la dyspnée et l'état asphyxique augmentant toujours, pendant que l'hémorrhagie nasale continue en petite quantité, on appelle de nouveau l'interne à 11 heures. La figure est alors fortement violacée, les poumons sont toujours remplis de râles muqueux et sibilants; le poulx est petit; mais il n'y a pas de fièvre. Les extrémités sont froides. L'interne fait une piqûre d'éther et prie de continuer les inhalations d'oxygène. On lui applique de nouveau des ventouses. Malgré cela, l'état asphyxique augmente progressivement, l'hémorrhagie ne cesse pas, et l'enfant meurt à 11 heures et demie du soir, sans avoir eu une seule convulsion depuis son accès. Le thermomètre était toujours resté à $37^{\circ}4$.

Autopsie. — Faite 26 heures après la mort par MM. Bourneville et Tissier. — La rigidité cadavérique a disparu, sauf aux mains. La peau présente des sugillations sanguines au niveau du dos, des fesses et de la partie postérieure des membres inférieurs. Ces mar-

brures se voient aussi au niveau des deux bras et des mains qui sont violacées.

Le cuir chevelu, épais et fortement congestionné, est détaché du crâne dans toute sans étendue, sauf à la partie moyenne du frontal. Les os sont très épais, mais faciles à scier ; la coupe en est assez fortement congestionnée. Les sinus veineux, surtout le sinus longitudinal supérieur, sont gorgés de sang. Les parties de la base du crâne sont symétriques et le trou occipital est normal. Le corps pituitaire est assez volumineux mais d'aspect normal. La pie-mère est finement vascularisée, principalement sur la face inférieure des deux hémisphères, et sur les lobes temporaux ; elle présente des adhérences légères au niveau du la face interne des lobes frontaux. De chaque côté du bord supérieur des deux hémisphères, on voit une bande de 2 à 3 cent. de la pie-mère ayant un aspect louche. Les différentes parties de la base de l'encéphale semblent normales. La glande pinéale est plutôt petite et lancéolée. La face interne des lobes frontaux, occipitaux et carrés, présente une vascularisation très fines. Les plexus choroïdes sont gorgés de sang. Les ventricules latéraux, la corne d'Ammon, les corps opto-striés n'offrent rien de particulier. Il n'y a pas de lésions en foyer, ni de coloration saumonée des circonvolutions.

Le cou est infiltré de sang, ainsi que le nez. Le corps thyroïde est énorme, et les veines qui recouvrent sa face antérieure sont gorgées de sang noir qui s'écoule en abondance à la section des veines du cou.

Le larynx et la trachée sont fortement congestionnés

mais ils ne présentent aucune lésion capable d'expliquer l'hémorrhagie qui est survenue dans les derniers temps de la vie. Les cavités pleurales contiennent environ 200 grammes de sang. Les poumons sont violacés et gorgés de sang qui s'écoule du hile à la section. Ils présentent des ecchymoses très prononcées à leur base et à leur face externe, où elles suivent le trajet des côtes. Au sommet du poumon droit existent des cicatrices profondes, et, à la coupe, on voit des tubercules nombreux qui s'étendent jusqu'au lobe moyen. Le poumon gauche présente les mêmes lésions à un degré moins avancé ; sur les bords de chaque poumon, il y a des foyers d'atelectasie. Le cœur, volumineux et gorgé de caillots sanguins, ne présente pas de lésion ; le myocarde n'est pas altéré. La cavité péritonéale est tapissée de quelques tubercules disséminés et contient un liquide sanguinolent. L'estomac distendu par des gaz et des aliments, ne présente pas de lésions. Le foie est normal, non congestionné. La rate assez molle semble anémiée. Les reins fortement congestionnés, n'offrent pas d'altération organique. La vessie est normale, et il n'y a pas d'inversion testiculaire.

CHAPITRE IV

MORT EN ÉTAT DE MAL

Les accès d'épilepsie, au lieu de cesser brusquement, peuvent devenir au contraire plus fréquents, subintrants même, ne laissant plus au malade le temps de reprendre connaissance dans l'intervalle des convulsions. Ces accès, que Trousseau appelait « accès imbriqués » (1) et que M. Jaccoud nomme « accès composés ou à paroxysmes » et qui peuvent durer un temps très variable, depuis quelques heures à quatre ou huit jours, constituent l'état de mal qu'a bien étudié M. Bourneville. Pour cet auteur, qui en donna la première description vraiment complète dans les Bulletins de la Société anatomiques de 1869, et puis dans de nombreuses publications, l'état de mal est caractérisé : « 1^o par la répétition en quelque sorte incessante des accès qui souvent deviennent subintrants ; 2^o par un collapsus variable en degré, pouvant

1. Loc. cit.

2. Pathologie interne.

arriver jusqu'au coma le plus absolu, sans retour de la lucidité ; 3^o par une hémiplegie plus ou moins complète et passagère ; 4^p par la fréquence du pouls et de la respiration ; 5^o et surtout par une *élévation de la température*, élévation qui persiste dans les intervalles, d'ailleurs brefs, des accès, et s'accroît même quand ils ont cessé. »

Cet état qui, on le voit, est bien différent de l'accès d'épilepsie ordinaire, peut se terminer par la guérison, et Leroy, dans sa thèse (faite à Bicêtre) (1) en cite plusieurs exemples. Mais, le plus souvent, il a une issue fatale : la poitrine s'emplit de râles nombreux, la respiration s'embarrasse, devient stertoreuse, les battements du cœur s'obscurcissent et le malade, étranger à tout ce qui l'entoure, meurt dans le coma.

Il est un point sur lequel nous voulons insister, c'est l'élévation de la température qui s'observe constamment dans les accès d'épilepsie, que les accès soient isolés ou sériels, ou qu'il y ait état de mal. Elle a été signalée, la première fois, par M. Bourneville, dans sa très remarquable thèse inaugurale (2). Il est revenu ensuite plusieurs fois sur ce sujet (3) et actuel-

1. *De l'état de mal épileptique.*

2. *Etudes de thermométrie clinique dans l'hémorrhagie cérébrale et dans quelques autres maladies de l'encéphale.*

3. *Progrès médical*, 1886, t. IV, p. 1029 et 1050.

Id. 1887, t. VI, p. 157.

Archives de neurologie, 1887, t. XIII, p. 209.

lement cette idée, professée et vulgarisée par Charcot, est admise par tout le monde. « Les accès isolés, dit M. de Bourneville, (1) augmentent la température centrale, et cette augmentation varie entre un dixième de degré et un degré quatre dixièmes; elle est en moyenne de cinq à six dixièmes de degré. Dans les accès sériels, la température se comporte absolument de la même façon que dans les accès isolés, c'est-à-dire qu'ils n'occasionnent qu'une légère augmentation de la température centrale. Mais l'état de mal produit une élévation bien plus considérable de la température qui souvent atteint 41° degrés et même 42° et quelques dixièmes. »

OBSERVATION VII

Sommaire. — Père, fièvre typhoïde à 28 ans, nombreux excès de boisson (absinthe); envoyé à l'asile Ste-Anne à la suite d'un coup de couteau qu'il avait voulu donner à sa femme. — Grand père paternel fou à 63 ans, dans une maison de santé; aucun renseignement sur le reste de la famille. — Mère, fièvre typhoïde à 17 ans, rien à noter dans sa famille. — Pas de consanguinité; inégalité d'âge de 3 ans. — Conception en état d'ivresse. — Grossesse accidentée par les scènes du mari ivre qui la battait; dans le premier mois plusieurs syncopes. — Accouchement à terme et normal. — Première dent à 6 mois; marche à 16 mois. — Début de la parole à 2 ans. — Epistaxis à 4 ans.

1. *Compte rendu de Bicêtre*, 1886, p. 224, 232.

— Rougeole et coqueluche à 6 ans. — Premier accès à 7 ans.

— Gâtisme. — Onanisme. — Etat de mal. — Mort.

Autopsie. — Adhérences pie-mériennes disséminées. — Inégalité de poids des hémisphères cérébraux.

D... Albert, 12 ans, apprenti cuisinier, né à Paris, entre le 13 octobre 1887 dans le service de M. le Dr Bourneville, à Bicêtre.

Antécédents. — Renseignements fournis par la mère le 18 novembre 1887.

Le père, âgé de 50 ans, est cuisinier et actuellement bien portant. Il n'a pas eu de convulsions dans l'enfance. Marié à 23 ans, il eut la fièvre typhoïde cinq ans plus tard; depuis il n'a pas fait d'autre maladie. Il buvait dès avant son mariage, surtout de l'absinthe; mais ces excès ont augmenté depuis une dizaine d'années. Il vend ses habits et tout ce qu'il possède pour se procurer de l'absinthe; il n'a cependant jamais volé. Etant ivre, il lui arrive assez fréquemment de battre sa femme. D'un caractère brutal et violent, du reste, même à l'état normal, il est de plus, très jaloux de son épouse qu'il accuse de le tromper. On l'a arrêté, il y a un an, tenant un couteau à la main et demandant sa femme, ayant, disait-il, un compte à régler avec elle. Conduit au poste de police, il fut envoyé à l'asile Ste-Anne où il est encore en ce moment. La mère de l'enfant n'osant aller le voir, on ne sait comment il s'y conduit. Il n'est pas rhumatisant et il n'a jamais eu de migraines, ni de dermatoses. « Son père, mouleur en plâtre, est mort à l'âge de 63 ans, à la maison de santé

de Niort où il était resté une quinzaine d'années. Ce fut à la suite de pertes très considérables qu'il devint fou; il avait fait d'ailleurs, de grands excès de boissons, surtout dans les derniers temps à cause de contrariétés avec sa femme. — Sa mère, morte à 76 ans, était d'une bonne santé habituelle, mais nerveuse. Elle n'était pas paralysée. Nous n'avons aucun détail sur ses grands parents paternels et maternels. Il a une tante paternelle et un cousins morts très âgés; une fille de ce dernier, actuellement vivante, serait un peu faible d'esprit. « Dans la famille du père D..., nous dit la mère, ils ont tous la tête un peu faible ». Il a eu un frère mort à quarante ans, qui était assez fort et a laissé trois enfants bien portants, et n'ayant pas présenté de convulsions. Un frère, bien portant, est sobre. Il n'y a pas eu d'épileptiques, de criminels ni de suicidés dans sa famille ».

La mère, Quarante-sept ans, est domestique, elle n'a pas eu de convulsions pendant son enfance. Elle n'a jamais fait de maladie grave, sauf une fièvre typhoïde à dix-sept ans, elle s'est mariée quatre ans plus tard et a toujours été bien portante depuis. Elle ne boit pas et n'est pas migraineuse; caractère assez doux.

« Son père mourut à soixante-dix-sept ans à la suite d'une courte maladie. Il habitait la campagne, était robuste et sobre; il se plaignait quelquefois de lumbago.

Sa mère, décédée à l'âge de soixante-dix-neuf ans, était d'une bonne santé habituelle et ne paraissait pas nerveuse. Elle n'a pas connu ses grands-parents pater-

nels et maternels. Elle a eu un oncle mort en tombant accidentellement dans un puits, et une tante morte à 80 ans, n'ayant rien présenté de particulier. Un de ses frères est mort à 18 ans d'une fracture de bras compliquée; les deux autres bien portants ne font pas d'excès de boissons, et ont 4 enfants qui n'ont jamais présenté de convulsions. Sa sœur, d'une santé plus délicate, a eu 4 enfants dont une fille est morte tuberculeuse à 16 ans. Elle n'a pas connu dans sa famille, d'alliés, d'épileptiques ni de criminels. »

Il n'y a pas de consanguinité, le mari est de l'Yonne et la femme de la Côte-d'Or. La mère est plus jeune de trois ans; elle a eu 5 enfants: 1° Un garçon, mort à 6 semaines de la petite vérole, accompagnée de convulsions violentes. 2° Une fille, morte à 3 ans 1/2 de méningite avec convulsions; 3° Une fille, morte à 3 ans et deux mois du croup. Elle n'avait pas eu de convulsions et était bien développée. 4° Un garçon vivant et âgé de 16 ans. Il ne présente pas de tare nerveuse, il est intelligent et travaille bien, mais il est très chétif. 5° Un garçon, notre malade.

Notre malade. — La conception a probablement eu lieu en état d'ivresse; le mari avait alors plus de tendance aux rapports sexuels et il eût même été violent si sa femme n'avait cédé. La grossesse a été entrecoupée de fréquentes colères causées par les scènes de son mari, à la suite desquelles elle avait fréquemment des syncopes. Elle n'a pas fait de chute et n'a pas reçu de traumatismes sérieux, quoique son mari la battît souvent, mais elle « garait son ventre », dit-elle. Un

jour, dit-elle, le père, plus ivre que d'habitude, lui fit très peur et, en se sauvant, elle heurta un lit et s'ouvrit des varices qu'elle a aux jambes ; elle fut alors prise d'un tremblement qui dura dix minutes, sans perdre connaissance toutefois. Elle accoucha à terme, naturellement et sans chloroforme ; l'enfant était fort et ne présentait pas d'asphyxie. Il fut élevé au sein maternel jusqu'à seize mois, époque à laquelle il commença à marcher. Il parla tard, et bégaya jusqu'à trois ans passés. Propre de bonne heure, il eut ses premières dents vers six mois ; l'éruption des dents ne s'accompagna pas de convulsions. Il fut bien portant jusqu'à l'âge de quatre ans, où il eut des épistaxis très fréquentes et très abondantes, et il se mit en même temps à tousser. Il eut aussi beaucoup de vers intestinaux. Il fit une rougeole assez intense à six ans, qui fut suivie de la coqueluche. Envoyé en classe à quatre ans, il apprenait difficilement et il connaissait à peine ses lettres trois ans plus tard. Turbulent et ne tenant pas en place, il taquinait facilement ses petits camarades, mais ne les frappait pas ; il serait plutôt sensible et affectueux.

Il a eu son premier accès à l'âge de sept ans, sans qu'on puisse invoquer de peur antérieure. Cet accès le prit le jour : il étendit le bras et tomba raide sans faire de mouvements bien grands. Les attaques se répétèrent bientôt ; il restait ordinairement quinze jours, trois semaines sans tomber. Mais depuis deux ans, les accès sont devenus plus nombreux. En nourrice, où sa mère l'avait placé jusqu'à l'âge de onze ans, ils survenaient

plus souvent le jour ; actuellement, ce serait la nuit. Dans ce dernier cas, il commence à s'agiter, souffle très fort, et des secousses très rapides animent tantôt un seul membre, tantôt le corps entier ; les yeux sont brillants, et fréquemment il y a incontinence des matières. Quand la crise a lieu le jour, il jette un cri avant de tomber, puis, à une raideur généralisée, font bientôt place des secousses cloniques ; le tout se termine par de la stertor et un sommeil qui dure environ une heure. Il ne présente pas de folie avant ni après ses accès, et il ne se souvient de rien. Les vertiges sont peu fréquents, et les crises ont toujours été uniques. Il n'est pas colère et sa mère trouverait que son intelligence se serait développée depuis un an qu'il a passé aux Enfants Malades et d'où on nous l'envoie ; sa mémoire, par contre, a diminué beaucoup. Nous avons remarqué, depuis son entrée, qu'il s'adonnait à l'onanisme.

1887. — 14 octobre. — Entré hier, D... a des poux de tête, mais il n'est pas teigneux. Sa tête est asymétrique, la partie droite du crâne est nettement plus saillante que la gauche.

Les yeux sont de volume égal, et l'acuité visuelle est normale, mais il ne connaît pas les couleurs. L'odorat est de même très obtus, Le thorax, symétrique, n'est pas très développé. L'ouïe est bonne et la parole libre. Les membres sont grêles ; le dynamomètre marque 12 kilog. L'auscultation des poumons dénote une tuberculose commençante. Le cœur est normal et la digestion se fait bien. Les organes génitaux sont nor-

malement développés, et le gland est facilement découvrable. Nous avons déjà dit qu'il se livrait à la masturbation. Il pèse 33 kilog. et mesure 1 m. 45. — Le 16 octobre, au matin, il se plaint d'angine, et le soir l'interne reconnaît une éruption presque généralisée de scarlatine avec une fièvre très forte; le thermomètre marque 39. 6. L'angine reste légère, et l'enfant tousse un peu; on constate de plus, des signes d'induration aux deux sommets. Le 17 octobre, la fièvre est tombée le matin à 38° et D, se plaint moins de sa gorge; qui, du reste, n'est presque plus rouge. Le 19 l'enfant ne souffre plus de sa gorge; l'éruption, très atténuée sur la partie supérieure du tronc, a envahi les jambes et les bras. Le lendemain elle pâlit beaucoup et le 20, elle disparaît complètement, mais l'enfant a un accès dans la nuit. En novembre et en décembre les accès continuent toujours assez nombreux; il en a eu 57 depuis son entrée.

On le vaccine en janvier 1888, mais sans résultat. Le 7 février suivant, nous voyons le père de l'enfant, sorti le 11 décembre dernier de Sainte-Anne où il est resté un an et demi; il nous donne les renseignements suivants:

« Il a eu des rapports avec sa femme alors qu'elle n'avait encore que dix-sept ans; ils avaient déjà deux enfants quand ils se sont mariés, dix ans plus tard. Il reconnaît qu'il boit un peu, mais il prétend que c'est par suite de contrariétés avec sa femme qu'il aurait même surprise en compagnie d'un autre homme; il se plaignit au commissaire de police qui l'envoya prome-

ner en lui disant : « Revenez demain matin. » Elle lui aurait d'ailleurs avoué avoir eu des rapports extra-conjugaux en 1876. Il n'a pas eu de convulsions dans son enfance, ni de maladies vénériennes, sauf un léger échauffement lors d'une absence prolongée de sa femme.

« Les accès sont moins nombreux le reste de l'année, sans toutefois être rares, puisqu'il en a encore eu 183 et a été obligé de descendre à plusieurs reprises à l'infirmerie ; par contre il n'a eu que 2 vertiges.

Le 23 janvier 1889 on commence le traitement par le bromure d'or et on lui fait prendre une cuillerée à café d'un julep dosé de manière que chaque cuillerée contiennent exactement 0,005 milligrammes de bromure. En février on porte progressivement la dose à 0,015 milligrammes, puis 0,02 centigrammes. Le poids de l'enfant augmente, mais l'état se maintient à peu près. En mars, on lui donne 5 cuillerées de julep, et le 21, il entre à l'infirmerie très fatigué des nombreux accès qu'il a eu la veille. Cependant on continue le bromure d'or, et les crises reparaissent moins souvent. L'appétit reste d'ailleurs bon et les digestions se font bien ; on donne bientôt 0,03 centigrammes, puis 0,04 centigrammes de bromure. L'enfant va mieux et ne fait plus que de courtes et rares visites à l'infirmerie ; son poids augmente toujours et atteint vite 36 kil. 600 ; le dynamomètre marque 20 kilogrammes pour le bras droit et 14 kilogrammes pour le gauche. Mais en juillet, les accès reparaissent plus nombreux ; on remarque un affaiblissement intellectuel marqué et il devient gâteux. Le 29

août, D... est pris d'accès pendant la contre-visite ; il pousse plusieurs cris au début ; les yeux regardent en bas et les pupilles sont dilatées. Le bras droit est élevé et le poignet fléchi, les doigts fermés et le pouce en dedans. Les secousses cloniques sont de courte durée ; les paupières sont animées de petits mouvements convulsifs. Il urine à la fin de l'accès.

L'état restait satisfaisant quand, le 27 novembre, on remarque une toux sèche avec une température de 39° le matin et 38° le soir, et un abattement marqué. Il répond cependant bien aux questions et il se plaint surtout de la gorge et du ventre. La toux est fréquente et revient par petites quintes peu profondes ; il n'expectore pas. La peau est sèche et brûlante, d'une chaleur mordicante qui gêne même à travers la chemise et une serviette superposées. La gorge est rouge et les amygdales congestionnées, surtout la droite. La percussion du thorax dénote une sonorité exagérée de la fosse sous-épineuse gauche, une matité absolue au niveau de l'épine de l'omoplate, et à la base, un son presque tympanique. Dans le poumon gauche, le murmure vésiculaire est faible au sommet et d'un timbre rude surtout à l'inspiration, à la base, il existe un souffle tubaire aux deux temps, paraissant superficiel. La voix ne s'entend guère au sommet, mais à la base on perçoit de la pectoriloque. La toux est normale et ne retentit pas dans la poitrine. A droite la respiration est plus forte, comme supplémentaire ; il n'y a aucun râle, ni frottement. En avant la sonorité est à peu près normale à droite ; il y a de la submatité à gauche ; et le

murmure vésiculaire, qu'on entend avec peine à gauche, est au contraire rude et fort à droite. Les battements du cœur, quoique précipités et sourds, sont réguliers, sans soufïfe ni dédoublement. De plus, l'enfant n'a pas d'appétit et prend avec peine un peu de bouillon et de lait. On prescrit une potion de Todd et un julep à l'extrait de quinquina, et l'on recommande de badigeonner le côté gauche avec de la teinture d'iode. Les jours suivants la fièvre baisse un peu, 38° ; l'enfant se plaint moins, prend avec plus de plaisir son lait et mange quelques légers potages. L'auscultation révèle une amélioration notable et le 10 décembre, D..., sort de l'infirmerie guéri, mais un peu faible.

Dans la nuit du 14 janvier 1896, il a 5 accès ; la face devient violacée, les pupilles sont dilatées, les yeux tournés en haut et à droite et les paupières sont agitées. Les bras sont étendus, raides, les doigts allongés et le pouce tourné en dedans ; les membres inférieurs présentent quelques mouvements cloniques et il se produit une émission d'urine. On lui fait des lotions vinaigrées et lui applique des sinapismes aux cuisses. La température est de 38°2 pendant l'accès et de 38°, deux heures après ; le soir à 8 heures, le thermomètre est redescendu à 37°8. Les crises sont ensuite moins fréquentes et il va à l'école où il fait d'ailleurs peu de progrès ; il redescend cependant à l'infirmerie le 3 décembre pour une conjonctivite double intense. On lui fait des lavages à l'eau boriquée tiède et il guérit vite.

Sa santé, en 1890, a été assez bonne ; les accès ont

été moins nombreux, mais par contre il a eu plus de vertiges, et la température, à la suite des crises, était plus élevée ; ainsi le 19 mars, le thermomètre marquait, après le onzième accès, 39°6 et restait toute la journée à 39°4 et 39°3. Il a le 17 septembre les oreillons qui ont été guéris sans complication testiculaire par la teinture d'iode et le pansement ouaté.

Le 10 janvier 1893, M. Bourneville ordonne de continuer les douches et prescrit en outre de l'élixir polybromuré, du sirop d'iodure de fer et de l'huile de foie de morue. Depuis quelques semaines déjà il ne prenait plus de bromure d'or. Ce traitement est continué toute l'année, sauf l'hydrothérapie que l'on suspend en septembre.

L'état de l'enfant reste sensiblement stationnaire pendant les années 1894 et 1895. Son père entre à la Divisions des Aliénés le 25 août 1895.

En 1896, sa santé semble s'améliorer un peu. En classe le maître trouve qu'il fait quelques légers progrès, mais sa mémoire est faible et son attention difficile à obtenir. Cependant sa conduite est bonne et il est assez propre.

Cette amélioration s'était maintenue en 1897, lorsque le 15 décembre, il a, au dortoir, 5 accès très intenses et très rapprochés. On le descend le matin à l'infirmerie, et la nuit suivante il en a encore 7. Il est sommolent, sans fièvre. On lui donne 15 grammes d'eau-de-vie allemande et on lui applique un sinapisme. Le 17, l'enfant de plus en plus faible, ne peut manger seul, ni marcher, et il gâte. Le 20, il refuse

de manger et prend seulement un peu de lait et un œuf, le soir il a 38° de température. Le 22, on lui donne de nouveau 15 grammes d'eau-de-vie allemande et on lui place un sinapisme sur la cuisse gauche ; il est très amaigri et il présente une escharre profonde à la fesse droite. Dans la nuit du 23. D..., est pris de 7-accès qui se répètent coup sur coup, sans laisser de trêve au malade qui meurt bientôt dans le collapsus. La température était alors de 38°3, et elle a baissé progressivement :

1/2 h.	après la mort	38°
1 h.	—	37°2
2 —	—	36°
5 —	—	35°
8 —	—	30.
11 —	—	15° chambre 15.

Autopsie faite 32 heures après le décès par M. Rel-
lay interne du service.

Le cuir chevelu a son épaisseur normale, mais la calotte est très épaissie. Le crâne a une forme symétrique ; la dure-mère adhère à l'os. L'émergence des nerfs crâniens se fait d'une façon normale.

Les sinus longitudinaux sont engorgés de sang. La glande pituitaire et les tubercules mamillaires ont leur volume normal. Les hémisphères cérébraux, de poids égaux, ne présentent rien de particulier dans leur aspect extérieur, à part les granulations de Pacchioni qui sont très abondantes et très prononcées.

Les circonvolutions sont bien dessinées et on n'y ob-

serve pas de plaques de sclérose. La pie-mère est intimement liée à l'écorce, particulièrement au niveau des circonvolutions rolandiques ; elle est très vascularisée, et ses veines sont injectées.

Les ventricules ne sont pas dilatés et les noyaux gris ont leur aspect normal. Les plexus choroides sont très vasculaires. Dans la scissure de Sylvius, du côté gauche, la pie-mère est épaissie ; elle a un aspect opalin, mais elle ne présente pas de granulations tuberculeuses. L'artère silvienne, du même côté, est indurée. La pie-mère adhère intimement au lobe orbitaire gauche. Le cervelet et le bulbe ne présentent rien de particulier.

Le cœur est normal. Les poumons ne contiennent pas de tubercules. Le foie, la rate et les reins sont sains. L'intestin ne contient pas d'ascarides.

OBSERVATION VIII

Sommaire. — Père, caractère un peu bizarre, instable. — Grand'père paternel, excès de boissons, taille 1 m. 98, excentrique, mort de *delirium tremens* à Bicêtre. — Oucle paternel bègue. — Mère bizarre, très émotive, peu intelligente, colère. — Grand'père maternel mort d'une pneumonie tuberculeuse. — Cran l'mère maternelle arthritique, morte de méningite. — Une arrière grand'mère et un arrière grand'père morts asthmatiques. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans. — Accouchement normal. — Première dent à 6 mois. — Parole à 1 an. — Début de la marche à 10 mois. — Scarlatine à 4 ans 1/2. — Chute sur le front (cicatrice) à 26 mois. — Jamais de convulsions. — Debut de l'épilepsie à 7 ans ; crises du

début limitées à un mouvement du bras. — Diminution de l'intelligence. — Etat de mal. — Mort. — *Autopsie* : Adhérences de la dure-mère au crâne. — Coloration chaire de saumon des circonvolutions. Pie-mère ecchymotique.

U... Henri, 8 ans 1/2, né à Paris le 10 novembre 1882, entre à l'asile de Bicêtre, le 11 mai 1891, dans le service de M. Bourneville.

Antécédents. — Renseignements fournis par la mère :

Le père, âgé de 37 ans, est homme de peine et très bien portant. Il n'a jamais fait de maladie et n'a jamais eu de convulsions ni de migraines. Très sobre autrefois, il boirait beaucoup aujourd'hui et fumerait. Il fut à 17 ans 1/2 déporté à l'île des Pins avec les condamnés de la Commune ; et il n'en revint que huit ans plus tard, lors de l'amnistie. Il se maria l'année suivante. D'un caractère calme et gai, il se mettait rarement en colère, et il n'a jamais été brutal avec sa femme ; mais il était très bizarre. Aussi, il l'a quittée six mois après la naissance de notre malade « parce qu'elle aimait trop son enfant ». Il a essayé à plusieurs reprises de reprendre la vie conjugale, mais elle s'y est toujours refusée ; elle a demandé l'assistance judiciaire et a obtenu le divorce à son profit. De même, il avait appris la profession de mouleur en bronze, il ne l'a jamais exercée « car on n'y gagne pas assez ». Il a fait tous les métiers, manœuvre, palfrenier. Il n'a cependant pas présenté de troubles mentaux ; il ne sait ni lire, ni écrire.

« Son père, mort aliéné à Bicêtre, à l'âge de 55 ans, était très robuste ; il mesurait 1 m. 98 de hauteur. Grand buveur, il faisait, lorsqu'il était ivre, les actes

les plus déraisonnables ; il montait sur les bancs publics et jetait son argent aux enfants pour qu'ils criassent : « Vive le père U... ! » Le jour de son internement, il s'était glissé sous un corbillard qui passait avec un mort et s'amusait à le soulever sur ses épaules, faisant ainsi du scandale. Il mourut quelques jours après son arrivée à Bicêtre, dans un accès de délire furieux. Il n'avait jamais eu jusque-là de *delirium tremens*. Il était, paraît-il, intelligent et instruit ; n'avait pas présenté de troubles mentaux dans sa jeunesse. — Sa mère mourut à 53 ans d'une fluxion de poitrine, et elle ne fut que quelques jours alitée. C'était une petite femme robuste et bien portante, mais d'un caractère excentrique et très colère. — Ses grands parents paternels et maternels sont peu connus ; cependant, son grand'père paternel serait mort d'une pneumonie tuberculeuse, et sa grand'mère maternelle, arthritique, aurait succombé à une méningite. Ses arrière-grand'parents paternels étaient asthmatiques, et son arrière-grand'mère maternelle mourut d'un cancer. — Son frère, très fort, est âgé de 39 ans et jouit d'une excellente santé. Il n'a pas présenté d'accidents cérébraux ; il bégayait un peu dans son enfance. — Sa sœur, 45 ans, est également bien portante et pas nerveuse. Dans le reste de la famille, il n'y a jamais eu d'idiots ni d'épileptiques, de criminels, de suicidés ».

La mère, 35 ans, a eu une scarlatine légère dans la première enfance ; elle n'a jamais été malade depuis, elle n'a pas eu de migraine ni de convulsions. Elle est très nerveuse et se met facilement en colère : « Elle

envoie, dit-elle, promener carrément les gens. » Elle paraît, du reste, assez peu intelligente, d'un caractère bizarre et très émotive ; elle n'a cependant pas eu de crises de nerfs.

— « Son père, d'une bonne santé habituelle, fut emporté à 60 ans, par une pneumonie. Il ne buvait pas et n'était pas nerveux. — Sa mère, succomba à l'âge de 46 ans, à une affection cérébrale qui l'enleva en 3 heures ; on s'apprêtait à la trépaner lorsqu'elle mourut. L'année précédente, elle avait eu une attaque de rhumatisme compliqué d'endocardite. Elle était intelligente et peu émotive. — Ses grands parents paternels moururent très âgés, dont l'un d'une pneumonie ; la grand'mère maternelle mourut à 77 ans. Ils étaient d'une bonne santé et ne présentaient pas de troubles mentaux. Elle a eu deux oncles paternels morts d'affections pulmonaires aiguës et un autre d'une hernie étranglée ; une tante maternelle, encore vivante et âgée de 51 ans, n'est pas nerveuse ; elle a trois enfants mariés qui se portent bien. — Elle n'a ni frère, ni sœur. »

Il y a une différence d'âge de 2 ans en faveur du père et pas de consanguinité. Ils ont eu un seul enfant, notre malade. La mère s'étant remariée, a eu depuis trois enfants ; une fille âgée de 22 mois, très forte et sans convulsions ; deux jumeaux de 5 mois, ayant obtenu une médaille d'argent à un concours de bébés, le 12 mars dernier.

Notre malade. — La conception s'est faite dans de bonnes conditions et il était ardemment désiré. La mère a été bien portante pendant la grossesse ; elle

n'a pas fait de chute ni reçu de coups ; elle n'a pas eu d'émotions vives, ni d'envies. L'accouchement a eu lieu à terme et spontanément, les douleurs ont duré quatre heures. L'enfant était très fort et pesait onze livres. Il a été nourri exclusivement au sein maternel jusqu'à 23 mois. Les premières dents ont paru à 6 mois, sans convulsions et il a commencé à marcher à 10 mois, et a parlé à 1 an. A 4 ans 1/2, il a fait une scarlatine légère et depuis il n'a plus été malade ; il n'a pas eu de vers intestinaux et n'a pas présenté d'accidents scrofuleux. Au mois de septembre 1889, débuta l'affection pour laquelle, on demande aujourd'hui son placement : il étendit brusquement la main gauche en avant comme pour saisir quelque chose, puis la laissa retomber instantanément. Bientôt il eu des crises accompagnées de convulsions généralisées à tout le corps, dans lesquelles tous les muscles étaient en mouvement aussi bien ceux des membres et du tronc que ceux de la face qui devenait grimaçante. Elles duraient un temps variable, quelquefois 2, 3 minutes ; puis l'enfant devenait rouge et reprenait connaissance. Il ne se mordait pas la langue et il ne s'est jamais fait mal en tombant, quoique le début de l'attaque soit très brusque, sans aura, et la chute subite. Il n'y a pas de miction involontaire ni d'évacuations de matières. Les accès se répètent à intervalles variables ; tantôt il en a jusqu'à dix dans la même journée ; d'autre fois il reste un mois sans tomber.

Il était très sage et très intelligent avant le début de sa maladie ; il apprenait bien et il était même plus

avancé que la plupart des enfants de son âge. Mais depuis ses accès, son intelligence s'est obscurcie et sa mémoire a beaucoup diminué; il est devenu méchant et cherche facilement à faire du mal à ses petits camarades. Cependant les sentiments affectueux sont assez développés chez lui et il est très content de voir sa mère et son beau-père; il aime également bien ses petits frères et sœur.

12 mai 1891, entré hier, U... est propre et ne présente rien de particulier. On l'envoie à la douche. Le 11 juillet, au soir, il descend à l'infirmerie pour se reposer d'une série d'accès qu'il a eu dans l'après-midi, il en a 5 autres dans la nuit, on lui fait des lotions vinaigrées et on lui place des sinapismes aux cuisses; on lui donne de plus un lavement glycérimé pour combattre la constipation. Le 15 août, il présente des ulcérations spécifiques dans la bouche, on lui donne du sirop de Gibert et on le fait se gargariser avec du chlorate de potasse. Ces ulcérations disparaissent bientôt, et il retourne de bonne heure à l'école où le maître trouve qu'il fait des progrès sérieux. Les accès sont d'ailleurs moins fréquents et l'on remarque une amélioration très notable dans son état.

Les années suivantes, en 1892, 1893 et 1894, on continue l'hydrothérapie, et de plus l'enfant prend du sirop d'iode de fer et de l'huile de foie de morue. Il reste stationnaire. On suspend les douches en décembre 1895; mais on continue le sirop d'iode de fer et l'huile de foie de morue.

Dans les premiers mois de 1896, U... allait toujours

assez bien, lorsque le 25 mai, dans l'après-midi, il est pris d'accès nombreux et répétés qui ne lui laissent aucun répit. La nuit suivante il a encore 68 accès ; et l'interne le trouve, à sa visite du lendemain matin, très abattu. La respiration est stertoreuse, il fait 61 inspirations à la minute, le pouls bat à 130 et la température est de 40°, 6. Il lui fait une saignée de 300 gr. et des lotions vinaigrées ; on lui donne de plus, 20 gr. d'eau-de-vie allemande et on lui applique des sinapismes aux membres inférieurs. Dans la journée du 26 mai, de huit heures du matin à six heures du soir, il a 185 accès ; il n'en a pas d'autres dans la nuit.

Le 27, la respiration est devenue plus calme, mais l'enfant est très fatigué, et il ne répond pas aux questions qu'on lui pose, La température a baissé un peu, 39°, 4, la nuque est raide, la tête tournée du côté droit ; il suit du regard quand on lui adresse la parole. On voit de nombreux sudamina sur le thorax et sur le ventre qui est rétracté et présente la raie méningitique. Le 28 mai, l'enfant est dans un état demi-comateux ; il suit encore des yeux quand on lui parle, mais ils sont éteints et à moitié fermés, les pupilles sont petites.

Le thermomètre, qui a monté considérablement, est à 41°2. Cet état empire ; la nuque est toujours raide et la tête tournée du côté droit, le ventre est en bateau et la raie méningitique très marquée. Les pupilles sont petites et insensibles. Enfin l'enfant meurt à 6 h. 1/2 dans le coma, sans avoir eu un nouvel accès.

La température était alors de 41°9, et elle est tombée progressivement :

1/4 d'heure après la mort à 41°7

1	heure	—	40°5
2	—	—	40°
4	—	—	39°
6	—	—	38°
8	—	—	36°
10	—	—	25°
12	—	—	20

Chambre 20.

Autopsie, faite 33 heures après décès,

par MM. *Bourneville et Polisse*.

Le cuir chevelu est assez épais, avec des plaques ecchymotiques à sa partie inférieure; à la partie postérieure de la tête, la vascularisation est assez prononcée. On trouve des caillots noirs, petits, dans les sinus, surtout dans le sinus longitudinal. Les os sont assez peu épais, tendres et les différentes fosses de la base du crâne paraissent symétriques; toutefois il y a un peu de plagiocéphalie. La bosse frontale gauche est un peu déprimée; il en est de même pour la moitié droite de l'occipital. L'apophyse crista galli est assez volumineuse, mais arrondie. La glande pituitaire est de moyen volume. Pas de rétrécissements du trou occipital. La calotte est tout à fait ovoïde et l'extrémité postérieure est presque la même que l'extrémité antérieure; c'est un type de crâne ovoïde. La dure-mère fortement adhérente au crâne, n'est pas épaissie, ni ecchymotique. Il s'écoule environ 100 gr. de liquide céphalo-rachidien.

Sur l'hémisphère gauche, la pie-mère présente une vascularisation prononcée qui est ecchymotique par places. Les plaques sont disséminées un peu partout, prédominantes cependant sur la partie postérieure. La vascularisation est un peu moins prononcée sur la face interne. La pie-mère est un peu épaissie, principalement sur la face convexe. Dans les sillons de la face convexe, la pie-mère est fortement vascularisée, et dans maints sillons, elle est ecchymotique.

La décortication se fait facilement sans entraîner nulle part de substance grise. Coloration, chair de saumon d'une partie de P. A. du P. P. S. de T¹. T². de P. P¹. Une coupe pratiquée sur les convolutions les plus colorées, montre que la substance blanche, a la même couleur saumonée. Il existe un aspect chagriné, peu prononcé sur P. A, P. P. S. sur P. P. I, mais très prononcé sur la partie postérieure du lobe temporal. Aspect chagriné L, Q et un peu de L. P. Le ventricule latéral n'est pas dilaté. Le corps calleux, la couche optique, le corps strié, les cornes d'Ammon, n'ont rien de particulier. Sur l'hémisphère droit, mêmes congestion, ecchymose, et aspect saumoné qu'à gauche. L'aspect chagriné est bien moins prononcé et les petits sillons beaucoup plus superficiels. L'hémisphère gauche a sa consistance normale et est plutôt un peu ferme, tandis que le droit serait un peu mou. Rien à noter pour le ventricule latéral, la couche optique, les cornes d'Ammon, et le corps strié. Les deux hémisphères ont été décortiqués dans l'eau; cette eau est fortement colorée par le sang. Les hémisphères cérébelleux, pèsent 62

grammes chacun, mais la pesée a été faite après décoration. Les différentes parties de la base de l'encéphale sont symétriques. On ne trouve pas de thymus.

Le cœur est normal et les artères sont bien élastiques. Le poumon droit est congestionné dans le lobe supérieur, plonge au fond de l'eau et laisse échapper, lorsqu'on le presse, un peu de pus. Le lobe inférieur crépite. Le foie est normal et la rate un peu ramollie.

OBSERVATION IX

Sommaire. — Père rhumatisant, mort de la poitrine, quelques excès de boisson. — Grand'oncle paternel aliéné. — Mère, pas d'accidents nerveux. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 10 ans. — Première dent à 4 mois 1/2. — Début de la marche à 14 mois. — Parole à 2 ans. — Propre à 14 mois. — Rires convulsifs vers 4 ans. — Ictère à 5 ans 1/2. — Rougeole à 5 ans 1/2. — Début des accès et des vertiges vers 6 ans. — Etat de mal. — Mort.

Autopsie. — Aspect chagriné des circonvolutions temporales. — Coloration chair de saumon des plis pariétaux. — Ecchymoses sous-pleurales. — Congestion légère des poumons.

G..., Désirée, âgée de 9 ans, née à Paris le 1^{er} août 1886, entrée à Bicêtre le 17 décembre 1894, dans le service de M. Bourneville. Elle vient de l'asile Sainte-Anne, avec le certificat suivant signé de M. le D^r Magnan : « Est atteinte de débilité mentale avec épilepsie et troubles intellectuels consécutifs. Elle peut être transférée ».

Antécédents. — Renseignements fournis par la mère, le 22 janvier 1895.

Le père, mourut en 1886, à l'âge de 41 ans, d'hémoptysies répétées. Il toussait déjà depuis longtemps, lorsque subitement, il se mit à vomir du sang en abondance. Il succomba 17 jours plus tard. Il exerçait le métier de corroyeur et était assez bien portant. Il était rhumatisant ; il eut une première attaque à 27 ans, qui le tint trois mois au lit, et une deuxième, moins violente, trois ans plus tard ; son cœur fut touché et on lui donna de la digitale. D'un caractère vif et emporté, il se mettait facilement en colère. Il était enclin aux idées noires, motivées bien souvent par l'absence de travail. Il faisait des excès de vin, et buvait une ou deux absinthes par jour. Il fumait beaucoup. — « Son père, encore vivant, et âgé de 78 ans, est aveugle. Il était corroyeur et d'une bonne santé habituelle ; il n'est pas rhumatisant et ne boit pas. La mère, âgée de 77 ans et bien portante, n'est pas nerveuse. — Ses grands-parents paternels et maternels, peu connus, n'auraient pendant rien présenté d'anormal. — Un oncle maternel était aliéné et interné à l'Asile Saint Pons de Nice. — Il avait un frère qui, mort à 38 ans, alcoolique, a laissé deux enfants, bien développés et intelligents, et quatre sœurs mariées, qui ont des enfants bien portants et sans convulsions ; l'un d'eux, âgé de 20 ans est légèrement bossu, mais très intelligent. Dans le reste de la famille, il n'y a pas eu d'épileptiques ni d'idiots ».

La mère, 38 ans, est tapissière. Elle n'a pas eu de

convulsions dans son enfance, ni de migraine, et encore actuellement « elle se porte, dit elle, comme une jeune fille ». Née à Nice, elle eut la rougeole à 13 ans, et vint à Paris, 4 ans plus tard. Elle se maria à cette époque. Elle ne paraît pas nerveuse, et elle a une physionomie intelligente ; ses réponses sont précises. — « Son père, mort à 86 ans, un peu en enfance, était d'un caractère gai et égal, et bien portant. Il buvait beaucoup de vin du pays, mais jamais d'eau-de-vie ; il ne fumait pas. — Sa mère, morte à 40 ans d'une fluxion de poitrine, était un peu nerveuse ; mais elle n'a jamais eu de crises de nerfs, ni de migraines. — Elle n'a pas connu ses grands'parents qui, croit-elle, sont morts âgés. — Un oncle maternel, qui était syphilitique, aurait succombé en 15 jours à des accidents cérébraux. — Elle a eu six frères et sœurs, dont deux sont morts très jeunes, elle ne sait pas de quoi, et les autres, bien portants sont mariés et ont des enfants, ne présentant pas de troubles mentaux.

Il n'y a pas de consanguinité. Le père était plus âgé de dix ans. Ils ont eu 3 enfants : 1^o Un garçon, mort à 5 mois, de la scarlatine, sans convulsions. 2^o Un garçon, âgé de 16 ans, n'est pas très vigoureux ; on l'a envoyé, l'année dernière, passer quelque temps à Nice. Il ne tousse cependant pas et est bien développé au point de vue intellectuel. Il n'a pas de convulsions ni d'accès épileptiques. 3^o Une fille, notre malade.

Notre malade. — La conception se fit en état d'ivresse. La mère fut bien portante pendant la grossesse ; elle avait des envies et des préoccupations de

ménage, causées par le manque d'ouvrage de son mari. Elle était obligée d'économiser sur sa nourriture. Elle n'a pas reçu de coups, ni fait de chutes, et, quoiqu'elle fût ennuyée de se voir enceinte, elle n'a fait aucune tentative d'avortement. L'accouchement se fit à terme et normalement; les eaux étaient en quantité moyenne. L'enfant, très forte, pesait 4 kg 500. Elle fut nourrie au sein maternel jusqu'à l'âge de 14 mois, époque de la mort du père. Elle la plaça alors en nourrice à Fontainebleau. Elle y resta deux ans et demi sans jamais être malade; mais les personnes qui en prenaient soin se disputaient souvent et elle reprit son enfant et la plaça en garde à Paris. Elle n'avait jamais eu de convulsions, et elle paraissait intelligente « plus intelligente même que les autres enfants de son âge ». Mais la mère remarqua que de temps en temps elle avait un rire convulsif qui lui donnait des larmes et qui durait de 2 à 3 minutes. A cinq ans et demi elle eut un ictère catarrhal et, à la suite, elle fit une rougeole légère. A partir de ce moment, le rire nerveux, qui ne se répétait qu'une ou deux fois par mois devint plus fréquent, ce qui l'inquiéta fort et la décida à voir un médecin, qui lui ordonna du bromure de potassium. Un mois après la rougeole, elle eut son premier accès d'épilepsie: elle glissa des mains de sa nourrice et tomba sans pousser un cri; elle devint raide et eut quelques mouvements convulsifs dans les membres, égaux des deux côtés. La perte de connaissance dura 4 à 5 minutes et elle reprit ses jeux, sans avoir eu de bave à la bouche ni de stertor. Quinze jours plus tard, elle

eut un nouvel accès, et bientôt ils se répétèrent une fois par mois, tantôt diurnes, tantôt nocturnes. A 7 ans, elle resta près d'une année sans en avoir ; mais ils devinrent ensuite plus intenses et plus nombreux ; et, dans les derniers temps, elle en a eu jusqu'à 100 de suite sans reprendre connaissance. Les rires ont disparu à l'apparition des attaques qui se sont accompagnées de vertiges, parfois 7-8 par jour. Elle n'a jamais eu d'aura, d'écume à la bouche, ni d'évacuations d'aucune sorte ; les convulsions sont égales des deux côtés ; aussitôt relevée, elle veut s'en aller. Depuis quelque temps, son intelligence a diminué beaucoup et elle a été refusée successivement à l'école des laïques et des religieuses. La mère n'a pas remarqué d'onanisme.

1894. — Le 18 décembre, entrée hier, G... est propre, et son aspect est plutôt favorable ; l'expression, sans être très éveillée, n'indique cependant pas l'hébétéude. Le crâne est symétrique, il n'y a pas de strabisme et l'acuité visuelle est normale. Le thorax est bien conformé et bien développé ; le pénil commence à se couvrir de longs poils, et l'hymen est intact. L'enfant cause beaucoup sans toutefois déraisonner. Elle aime à se faire servir ; ainsi lorsque, après l'examen, elle s'est rhabillée, elle s'est fait donner son corset par l'infirmière au lieu de le prendre elle-même sur la table. Elle paraît docile et animée de bonnes intentions, son intelligence est assez développée.

Au mois de janvier 1895, on commence l'hydrothérapie, et de plus, on lui fait prendre du sirop d'iodure

de fer et de l'élixir polybromuré 1 à 5 cuillerées par jour. Dans la nuit du 9 au 10 mars, elle a 20 accès et le jour ils se répètent encore au nombre de 68. Elle est très abattue mais elle n'a pas perdu connaissance et elle répond intelligiblement aux questions. On la met dans un drap sinapisé et la nuit suivante est calme ; elle n'a que 17 accès. Les attaques se montrent ensuite moins fréquentes, et le 24 décembre on supprime les douches. Mais les crises réapparaissent et le 30, elle a encore 36 accès avec une température de 38°. On recommence alors l'hydrothérapie et on lui fait des lotions vinaigrées. Elle prend 6 gr. d'élixir et une potion de chloral bromurée.

Au commencement de 1896, elle va mieux, et en classe elle fait des progrès, lorsque dans la nuit du 16 avril, elle est prise de 70 accès très rapprochés. Depuis 7 heures du matin elle dort, calme, et ne paraît pas abattue, lorsqu'à la visite, à 9 heures et demie, elle est reprise soudain d'une série de convulsions : sans pousser un cri, elle commence à présenter des spasmes du côté gauche de la figure qui se congestionne, devient vultueuse ; les joues se gonflent, les yeux tendent à se porter en haut et à droite, et bientôt la face entière est animée de spasmes se succédant très rapidement. Les secousses sont plus intenses du côté droit du tronc, et les convulsions toniques, qui durent une minute, constituent presque tout l'accès. L'enfant est dans le décubitus latéral gauche. La respiration est embarrassée et on entend un gros râle trachéal ; à aucun moment le visage n'a été cyanosé. Elle n'a pas de stertor, ni d'é-

cume à la bouche, elle n'est pas abattue. Mais bientôt un nouvel accès apparaît, et, en 10 minutes elle en a cinq. Au dernier, elle fait de grands mouvements et est prise d'une crise de larmes entremêlée de rires. Elle n'a pas uriné et son intelligence a été entière pendant toute cette attaque. La température est restée normale, et la compression ovarienne, n'a pas semblé influencer la marche des accès. Ils se montrent plus rares et moins intenses les derniers mois de l'année. On continue le même traitement. Son intelligence diminue beaucoup et elle ne fait plus de progrès à l'école,

Son état restait à peu près stationnaire, lorsque le 24 avril, G., rentrée la veille de congé, est prise de 19 accès consécutifs. La température est 38° à 8 heures du soir et 39° à minuit. Elle a de nouveau 60 convulsion dans la nuit, et lorsque nous la voyons le 25 au matin, elle paraît abattue ; couchée sur le dos, la tête immobile et les paupières à demi fermées, elle ne répond pas aux questions, elle regarde cependant les gens qui l'approchent. La perte de connaissance n'est pas complète. Les membres sont dans l'extension et absolument flasques. La respiration est un peu accélérée, mais nullement gênée ; le thermomètre est à 40°. On lui donne du bromure de camphre, on lui fait des lotions vinaigrées et respirer du nitrite d'amyle pendant les crises. Le 26, les accès continuent. La malade en a 70 dans la même nuit et 85 dans la journée jusqu'à 5 heures et demie. Elle repose sur le dos, les membres en résolution complète. Au moment des accès, elle pousse un soupir profond et la face, tournée à droite, devient

grimaçante, surtout de ce côté ; les yeux sont convulsés en haut et à droite. Le bras droit est animé de mouvements rapides de flexion et d'extension. Les membres inférieurs sont à peine agités par de petits tre sailllements musculaires. La durée des accès est de 30 secondes environ, et dans les intervalles, l'enfant est plongée dans un abattement profond dont on ne peut la tirer. C'est à peine si elle regarde de temps en temps les personnes qui l'entourent. Elle demande une fois à boire et prononce de temps en temps le mot : *maman*. La température est de 40°2 et le pouls très rapide. On lui fait une saignée de 160 gr. et lui applique des sangsues qui retirent une quantité de sang au moins égale. Elle respire du nitrite d'amyle et on lui fait des lotions vinaigrées. Lorsque nous la voyons le 27, au matin, l'état est devenu très mauvais ; elle a eu 15 accès dans la nuit. Elle n'en a plus, mais seulement des secousses très fréquentes. Les extrémités sont froides, le pouls incomptable, et les pupilles fortement dilatées. L'attitude de la malade est la même que la veille ; elle est en résolution complète, étendue sur le dos, et la tête tournée à droite. La température est, à 10 heures et demie, de 40° 7. Enfin elle meurt à 11 heures, sans avoir eu de nouvelle crise.

Autopsie. — Faite 24 heures après décès par MM. Bourneville et Jacomet. — Le cou est flasque ; il y a une rigidité encore très prononcée de toutes les jointures des membres supérieurs et des membres inférieurs et cette rigidité est plus prononcée à gauche qu'à droite. Le cuir chevelu est épais et présente une congestion

ecchymotique sur le tiers médian de sa moitié antérieure. La portion occipitale est uniformément très congestionnée. La calotte est relativement peu épaisse, peu dure. La moitié gauche semble un peu plus petite que la droite par suite d'un léger aplatissement du frontal et de l'occipital de ce côté. Il existe une coloration rouge, assez intense du péricrâne, le long du bord supérieur du pariétal gauche de 3 cent. sur 8. — A droite, au niveau de l'angle antérieur et supérieur du pariétal, on trouve une véritable ecchymose ayant une étendue de 4 cent. sur 4 cent. Les différentes fosses de la base paraissent symétriques. Le trou occipital n'est pas rétréci. La glande pituitaire, bien que d'un volume normal, est très pâle. La dure-mère est un peu épaissie. Il n'y a pas de fausses membranes, pas de caillots dans les sinus. Le liquide céphalo-rachidien se trouve en très petite quantité. Les différentes parties de la base de l'encéphale, nerfs et artères, paraissent symétriques. La glande pinéale n'offre rien de particulier. La protubérance et le bulbe ne présentent rien d'anormal. La pie-mère cérébrale est légèrement vascularisée et à la partie moyenne de la face convexe, elle l'est encore davantage, surtout à gauche et au niveau du P. P. I; la vascularisation existe également à la pointe des lobes frontaux. Sur la face interne des deux hémisphères, la vascularisation est également légère. Des deux côtés la pie-mère cérébrale s'enlève facilement; elle n'est pas épaissie. — Sur l'hémisphère gauche; les circonvolutions sont grêles, la plupart avec des sillons superficiels, d'où aspect chagriné, à gros

grains principalement sur les circonvolutions temporales. Les circonvolutions du corps calleux et du lobe carré, la couche optique, le corps strié, le ventricule latéral n'offrent rien de particulier. La corne d'Ammon semble un peu dure. Sur l'hémisphère droit; mêmes particularités, mais P. A. est beaucoup plus grêle qu'à gauche, dans son tiers supérieur et dans son quart inférieur. Le corps strié, la couche optique, n'offrent rien de particulier. La corne d'Ammon est moins consistante qu'à gauche. Les plexus choroïdes sont normaux. Au niveau des plis pariétaux inférieurs, surtout à gauche, on note une coloration chair de saumon.

A l'ouverture du corps, le gros intestin apparaît très météorisé. Les poumons sont très rétractés dans la gouttière costo-vertébrale. La plèvre droite contient un peu de liquide. Pas d'adhérences, pas d'ecchymoses sur la plèvre costale. La plèvre viscérale présente des ecchymoses très étendue à la face postérieure des deux poumons; ces ecchymoses sont dues à une congestion très intense, non seulement de la plèvre, mais aussi du tissu pulmonaire sous-jacent, sur une profondeur de 3 à 4 cent. A la coupe, les parties ainsi congestionnées laissent écouler un sang noir et poisseux. Ces phénomènes sont surtout marqués au niveau du poumon droit. Au niveau des noyaux de congestion, la partie enlevée crépite mal et se tient entre deux eaux. Les parties antérieures des poumons sont normales. Le cœur contient très peu de sang, comme d'ailleurs presque tous les organes à l'exception des poumons. Le cœur droit est un peu dilaté; toutes les

valvules sont normales. Le trou de Botal est oblitéré. Le péricarde est sain ; pas d'ecchymoses, pas de liquide. Il présente sur sa face antérieure de nombreux pelotons adipeux. Les reins sont normaux et nullement congestionnés. Le foie, présente un peu de congestion des veines sus-hépatiques ; la vésicule biliaire contient de la bile, mais pas de calculs. La rate est normale. L'œsophage et l'estomac ne présentent rien d'anormal. Le péritoine est sain. Le cœur est vide et l'appendice contourné sur lui-même est en position descendante ; il repose sur la symphyse sacro-iliaque droite. Le rectum contient quelques matières fécales. La vessie renferme un peu d'urine, pas de calculs. L'utérus est petit, de forme normale, fortement aplati dans le sens antéro-postérieur. La trompe et les ovaires sont normaux. Les seins sont assez bien développés. Il existe aux aisselles une bande de poils de 3 cent. de long sur 4 de largeur. Le pénil est couvert de poils bruns frisés assez longs surtout abondants sur la face extérieure des grandes lèvres ; celles-ci sont courtes, recouvrant bien cependant les petites lèvres. L'hymen présente une petite ouverture circulaire centrale. Le clitoris est assez bien développé et se trouve entièrement recouvert par le capuchon.

OBSERVATION X.

Sommaire. — Père, migraineux, a bégayé jusqu'à 10 ans. — Grand'père paternel, excès de boissons, colère, mort d'une attaque d'apoplexie. — Cousin paternel et un cousin au 2^e degré,

morts de méningite. — Mère, rien. — Grand'père maternel, hémiplégique. — Arrière-grand'père maternel, excès de boissons. — Arrièregrand-mère maternelle morte après plusieurs attaques de paralysie. — Un oncle, maladie bleue. — Une tante paternelle convulsions. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de dix ans. — Une sœur, convulsions. — Une sœur en retard pour la parole. — Gémellarité. — Première dent à 6 mois. — Début de la parole à 18 mois. — Toujours gâteux. — Premières convulsions à 6 mois. — Fluxion de poitrine à un an. — Tumeur blanche à 18 mois. — Jaunisse à 16 mois. — Début des secousses à 2 ans. — Accès et vertiges à 4 ans. — Aggravation progressive. — Etat de mal. — Mort.

Autopsie: — Inégalité des hémisphères cérébraux. — Adhérences ple-mériennes. — Lésions de méningite chronique sur l'hémisphère gauche. — Ankylose du genou droit.

C... Louis, âgé de 7 ans, né à Paris, entre le 20 décembre 1894 dans le service de M. Bourneville à l'hospice de Bicêtre.

Antécédents. — Renseignements fournis par la mère le 29 décembre 1894.

Le père, 37 ans, marchand de vins, est bien portant et n'a jamais fait de maladie, sauf une blennorrhagie, suivie d'arthrite, lorsqu'il était au régiment. Il a bégayé jusqu'à l'âge de onze ans ; il venait assez mal, « était tout en tête ». Il est nerveux et sujet aux migraines dont les accès, débutant par de violentes douleurs orbitaires et des vomissements bilieux, sont très intenses et se répètent à intervalles assez rapprochés, depuis une dizaine d'années ; il boit peu, fume beaucoup ; il accuse certaine faiblesse dans les jambes. — « Son père succomba à 71 ans à une attaque d'apo-

plexie foudroyante. Il était aussi marchand de vins et faisait de grands excès d'alcool, rhum, curaçao surtout, sans arriver toutefois à l'ivresse confirmée. Il était d'un caractère violent et brutal, et battait sa femme. Il n'était pas migraineux. Sa mère mourut à 48 ans, d'un coup de pied dans le ventre que lui avait donné son mari. Pas d'autres renseignements. — Il n'a pas connu ses grands parents. — Une tante maternelle, bien portante, est âgée de 73 ans et a eu un enfant, mort en bas-âge; une autre, morte en couches, a laissé une fille dont plusieurs enfants sont morts de méningite. — Plusieurs sœurs sont mortes jeunes; une autre, qui succomba à une affection de l'abdomen à 34 ans, a eu deux enfants morts de méningite. Dans le reste de la famille, il n'y a pas eu d'épileptiques, d'idiots, ni d'aliénés, de suicidés. »

La mère 27 ans, sans profession, est bien portante et n'a pas été malade. Elle n'a pas eu de convulsions ni de crises de nerfs. Elle n'est pas alcoolique ni migraineuse.

« Son père, fabricant de dés, est bien portant et sobre. Il fume beaucoup. — Sa mère, âgée de 56 ans, s'est réveillée, il y a quinze mois, paralysée du côté gauche, sans troubles de la parole ni de l'intelligence, du reste. Elle avait été opérée six ans plus tôt, à Lariboisière, d'une tumeur du bas-ventre accompagnée de pertes très abondantes. Aujourd'hui elle marche, mais le bras est toujours impotent et ses idées s'obscurcissent. Elle touss beaucoup et a, le matin, une expectoration abondante entre mêlée de filets de sang. Elle n'est pas nerveuse et n'a

jamais eu de maux de tête, sauf l'année qui précéda la paralysie; elle avait aussi à ce moment des vertiges et des bourdonnements d'oreilles. — Elle n'a pas connu ses grands parents paternels. — Son grand'père maternel, forgeron, est mort des suites d'excès d'alcool, et sa grand'mère était devenue paralytique deux mois avant sa mort. — Un oncle paternel, encore vivant, tousse beaucoup et a eu un fils, mort phtisique. — Son frère est mort à six ans d'une maladie de cœur : « Son cœur n'était pas formé et l'enfant était violacé; par moments il perdait connaissance et devenait alors tout blanc. » Sa sœur a succombé à une rougeole accompagnée de convulsions. Dans sa famille, il n'y a pas eu d'épileptiques, d'aliénés, ni de criminels ».

Différence d'âge de dix ans, en faveur du père; il n'y a pas de consanguinité. Ils ont eu cinq enfants et, de plus, la mère a fait deux fausses couches : 1° Une fille morte en nourrice d'une maladie du cerveau, à l'âge de six semaines. La mère, qui passa cinq jours auprès d'elle, remarqua des mouvements convulsifs dans les bras et le médecin dit qu'elle eût été idiote si elle avait vécu; 2° un garçon, notre malade; 3° une fille de quatre ans et demi, qui a marché tard, à dix-huit mois et parle difficilement. Elle urine souvent au lit; 4° une fausse couche de trois mois; elle croit qu'il y avait deux fœtus; 5° une petite fille, âgée de deux ans, est bien portante. Elle se met très souvent en colère, et elle devient alors « toute noire »; 6° une fausse couche de six semaines, sans cause appréciable.

Notre malade. — La conception n'aurait pas eu lieu dans l'ivresse, et la grossesse fut exempte de vomissements et d'envies ; il n'y eut pas de coup ni de chute. L'accouchement, à terme, fut facile. « J'ai failli accoucher tout debout, dit la mère ». L'enfant fut nourri exclusivement au sein maternel la première année, et les six mois suivants il prit, en plus, du lait de vache. Il eut sa première dent à six mois et parla à dix-huit mois. Six semaines après la naissance, il fut pris de diarrhée ; déjà il paraissait triste et laissait tomber sa tête. Quand on le contrariait, il devenait bleu de colère et perdait connaissance ; mais il revenait bientôt à lui. L'éruption de la première dent, à six mois, fut accompagnée de convulsions ; tout à coup il se mit à rouler des yeux, devint pâle et perdit connaissance sans agiter les membres. « Le mal était dans la tête, sans aucun mouvement des bras ». Cet état dura près d'une heure et demie et ne se répéta pas. A un an, il fit une fluxion de poitrine et la tumeur blanche qu'il présente au genou droit débuta à dix-huit mois. Vers l'âge de deux ans, la mère remarqua qu'il avait des secousses dans les épaules, et qu'il faisait brusquement un mouvement d'extension et d'élévation des bras ; au même moment ses yeux devenaient fixes, il pâlissait et tombait pour se relever aussitôt. Ces petits accès, sans émission involontaire d'urine, se reproduisaient plusieurs fois par semaine. Ils s'aggravèrent petit à petit et s'accompagnèrent de vertiges caractérisés par un silence subit et un mouvement brusque d'extension du bras droit. Actuellement, il pousse un cri, puis tombe,

toujours en avant, et perd immédiatement connaissance. Les yeux sont fixes et grands ouverts, la bouche de travers, les doigts crispés et le pouce replié dans la paume de la main, entre l'index et le médius. Les bras, animés de convulsions cloniques, sont dans l'extension; les membres inférieurs sont fléchis. Les mouvements cloniques, qui disparaissent, puis réapparaissent, se montrent seuls; et, à la fin de la crise, il urine et s'endort une demie-heure à trois quarts d'heure. Il se réveille ensuite hébété, n'ayant pas connaissance de ce qui s'est passé. Ces accès, qui sont plutôt diurnes, sont très fréquents, quatre à cinq par jour. Une fois il en a eu seize en deux heures, et ils furent suivis d'un véritable état de mal; une autre fois l'état de mal dura cinq heures. Son intelligence est très peu développée; il montre cependant assez d'affection à ses parents, surtout à sa mère. Il est gâteux et l'on a remarqué qu'il se livre déjà à l'onanisme.

1894. — Le 21 décembre, l'enfant est entré hier avec le certificat suivant de M. le Dr Combe : « Est atteint d'épilepsie et de tumeur blanche. Les attaques d'épilepsie se renouvellent habituellement plusieurs fois par jour. L'état de cet enfant me paraît justifier son internement dans un hôpital spécial ». Quand nous le voyons le matin, il nous paraît indifférent à ce qui l'entoure, et a l'air endormi. Le crâne est volumineux; la partie frontale droite est plus volumineuse que la gauche, tandis que la partie pariétale droite est moins développée, de sorte que la tête est plagiocéphale.

Le cuir chevelu porte plusieurs cicatrices consécu-

tives aux chutes. La fontanelle antérieure n'est pas fermée; on sent une dépression punctiforme. Les yeux enfoncés dans les orbites ne présentent pas de strabisme, les pupilles réagissent lentement à la lumière et l'accommodation est difficile. Il ne connaît pas les couleurs; l'odorat est nul. Le thorax est bien conformé et l'auscultation ne révèle rien aux poumons, ni au cœur. Les membres supérieurs sont bien développés. La jambe droite est pliée à angle droit sur la cuisse; l'articulation du genou ne paraît pas douloureuse, et on peut lui imprimer quelques mouvements de latéralité.

La cuisse est considérablement atrophiée. Le pied est en valgus, avec tendance au talus. Quand le malade est debout, soutenu sous les aisselles, on voit l'épine iliaque antéro-supérieure du côté droit, abaissée et reportée en arrière. Le pli interfessier est légèrement dévié à gauche, et la colonne lombaire forme une courbure à convexité tournée vers le membre sain, tandis que les parties dorsale et cervicale présentent des courbures de compensation.

1895. — Le 15 janvier, on commence à l'envoyer au bain; et, de plus, on lui donne de l'élixir polybromuré et des capsules de bromure de camphre.

Le 7 juillet il entre au pavillon d'isolement, atteint de scarlatine; la température, de 38,1 le soir, diminue les jours suivants et bientôt il guérit. Mais il passe aux gâteux le 17, et son état devient de plus en plus mauvais.

On continue l'élixir polybromuré dans les premiers mois de 1896, et l'on supprime le bromure de cam-

phre. Le 1^{er} mars, l'enfant souffre du genou droit qui présente des fistules multiples. Comme la jambe est immobilisée en position vicieuse, fléchie sur la cuisse, l'extension est impossible et l'on se contente de faire des pansements à l'iodoforme. Le 8 juillet, on continue l'élixir et recommence les capsules de bromure de camphre aux mêmes doses. On le descend à l'infirmerie le 15 novembre au matin, parce qu'il est fatigué d'une attaque assez forte qu'il a eu la veille. La température est de 38° $\frac{1}{2}$, et il refuse de manger. La journée est meilleure; il prend un peu de lait et des œufs; la nuit est calme. Le lendemain le thermomètre accuse 38° $\frac{1}{8}$ le matin, et à 39° $\frac{1}{3}$ le soir; il ne se plaint pas.

Le 28 novembre, au matin, il a un premier accès sans cri initial: la bouche est restée ouverte et les paupières fermées; le corps entier est raide, les bras fléchis à moitié et les mains crispées, la gauche complètement fermée, le pouce en dedans. Les membres sont animés de petites secousses, plus fortes aux membres supérieurs; de légères palpitations agitent alors les paupières, et la face est légèrement colorée. Cette phase dure une minute. Puis la bouche se ferme, les paupières s'entr'ouvrent et les yeux se portent lentement en haut et un peu à droite; les pupilles sont dilatées. A ce moment la face devient violacée et l'on pourrait craindre un nouvel accès; mais vient la période de stertor qui dure une demi-minute; la figure est alors pâle et les pupilles restent dilatées. Au bout de 5 minutes, l'enfant est pris d'un second accès: la bouche s'entr'ouvre comme pour hailler, les paupières

restent closes, et la bouche se referme lentement. Tout le corps est raide; les bras, qui étaient allongés se rétractent, et les mains se rapprochent du tronc. Puis les membres sont agités de secousses tétaniformes, égales des deux côtés, qui durent 20 minutes et sont suivies de quelques mouvements cloniques. Les yeux s'ouvrent alors, la face prend une couleur violacée très prononcée, et le malade, après une période de stertor de dix secondes, s'endort. La température est sensiblement normale, $37^{\circ},7$. Un troisième accès survient cinq minutes plus tard revêtant les mêmes caractères.

Cependant il est annoncé par un cri étouffé, qui avait fait défaut aux autres, et la période de stertor est plus longue et plus prononcée; au moment où la face se congestionne, les yeux se remplissent de larmes. Le 19, l'enfant a 8 accès dans la journée, et 15 dans la nuit suivante, toujours sans fièvre. $37^{\circ} 3$ et $37^{\circ} 6$. Le 1^{er} décembre, après une nuit troublée par une seule crise, le malade était calme, lorsque vers 6 heures du soir, il est pris d'un accès plus violent que de coutume qui le plonge dans un état d'abattement si profond que l'on redoute une terminaison fatale. L'accès débute par une phase de convulsions toniques, d'une durée d'une demi-minute, pendant laquelle, le corps tout entier présente une raideur tétanique avec renversements de la tête en arrière; puis apparaissent les mouvements cloniques, qui persistent très intenses pendant une demi-heure. Pendant ce temps les troubles de l'hématose, caractérisés par une gêne inspiratoire extrême

avec une teinte cyanosée du visage des plus prononcées, prennent un caractère de gravité inquiétant. L'enfant reste trois quarts d'heure dans le coma, puis, peu à peu sous l'influence de lotions excitantes et de lavements stimulants, il revient à lui, sans reprendre toutefois son entière connaissance. La température, qui s'était soutenue dans la journée, à 38° 4 et 38° 6, est de 39° 5 à 7 heures du soir. Les jours suivants, le malade n'a pas d'accès, mais il continue à présenter un abattement extrême, et l'amaigrissement fait des progrès rapides. Le pouls est irrégulier, et le thermomètre marque 38° et même 38° 6 le soir. On lui donne 10 gr. d'eau-de-vie allemande, on lui applique des ventouses sèches sur la poitrine et on lui fait des lotions vinaigrées. Mais malgré cela, le 5 décembre, l'abattement devient extrême l'enfant ne sort plus du coma qui finit par amener une terminaison fatale. La température est alors de 38°.

Autopsie, faite 24 heures après décès, par MM. Bourneville et Rellay. — Le cuir chevelu est très maigre, sans ecchymoses. Les os, très durs à scier sont très épais. Les sutures ne sont pas ossifiées. La dure-mère paraît normale. Pas d'épaississement ni de fausses membranes, mais de petites adhérences de la dure-mère avec la pie-mère au niveau du lobe frontal et à la pointe des lobes temporaux. La tige de la glande pituitaire est petite. L'apophyse crista-galli est également petite. La glande pituitaire est plutôt petite, aplatie transversalement. Les différentes fosses de la base du crâne sont normales, et les parties de la base de l'encéphale, nerfs et artères, protubérance et bulbe paraissent symétri-

ques. La glande périnéale n'offre rien de particulier. La pie-mère est très finement vascularisée sur les deux hémisphères ; de plus on voit des traînées opaques, principalement au niveau des sillons, sur la face convexe. Il existe des granulations de Pacchioni assez nombreuses. La décortication du cervelet se fait très facilement ; la pie-mère est un peu épaissie. Sur l'hémisphère droit, la pie-mère s'enlève assez facilement dans les sillons même, souvent au niveau du bord des circonvolutions, on soulève la substance grise qui semble se détacher de la substance blanche et qui se déchire un peu comme une poche qui s'ouvre, on laisse ainsi comme de petites cavités. De plus il existe des adhérences nombreuses au niveau de presque toutes les circonvolutions, sur la face interne, sauf au niveau du lobe para-central. Sur la face convexe, nombreuses adhérences disséminées sur les 2^e et 3^e circonvolutions frontales et 1^{re} et 2^e temporales, sur le pli courbe et le lobe occipital. Le ventricule latéral, le corps strié, la couche optique n'offrent rien de particulier. L'hémisphère gauche présente sur plusieurs points de sa surface, des lésions de méningite chronique. Ces lésions prédominent sur les circonvolutions frontales, pariétales et sur le lobe occipital ; en ces points la pie-mère est très épaissie et il est impossible de l'enlever, sans arracher en même temps des fragments de la substance corticale, à laquelle elle adhère intimement. Le ventricule latéral de ce côté présente son volume normal. La couche optique et le noyau caudé ne présen-

tent rien de particulier. La moëlle n'offre non plus rien de particulier à l'œil nu.

Le cœur présente son aspect normal et le trou de Botal est oblitéré. Les poumons sont atteints d'emphysème à leur base et présentent quelques noyaux de congestion. Ils présentent aussi quelques nodules tuberculeux. A la base du poumon droit, quelques petites cavernes contenant du pus. Les ganglions trachéo-bronchiques ne sont pas caséeux. La rate et le pancréas sont petits. Les anses de l'intestin grêle sont ratatinées. Le gros intestin ne contient pas de vers. Les ganglions mésentériques sont petits. Les capsules surrénales, sont normales ainsi que les reins et les testicules. Au niveau du grand trochanter, du côté gauche, il existe une escharre noirâtre peu profonde. L'articulation du genou droit est atteinte d'ankylose consécutive à une tumeur blanche ancienne, guérie.

CHAPITRE V

MORTS PAR MALADIES INTERCURRENTES

Les épileptiques sont sujets, comme les autres individus aux diverses maladies, et ces affections n'offrent chez eux rien de particulier, si ce n'est qu'elles soient le plus souvent aggravées par l'état de faiblesse et de moindre résistance dans lequel se trouvent ordinairement ces malades. Ils peuvent être emportés par une congestion pulmonaire, une broncho-pneumonie, une apoplexie cérébrale, mais ils succombent surtout aux lésions chroniques, tuberculose pulmonaire, cachexie progressive.

Cependant les maladies intercurrentes, loin d'entraîner la mort, peuvent faire cesser les accès et même faire disparaître complètement l'épilepsie. Hippocrate avait déjà entrevu l'action bienfaisante de la fièvre intermittente sur le mal sacré et les auteurs ont, depuis, cité nombre de cas guéris par une affection intercurrente.

M. Séglas (1), dans sa thèse inaugurale faite dans le service de M. Bourneville, montre qu'une maladie survenant chez un épileptique peut enrayer les accès pendant toute sa durée et cette amélioration peut persister, aboutir même à la guérison définitive de l'épilepsie. « Et l'on voit, dit-il, que dans la grande majorité des faits observés, ce sont les maladies aiguës fébriles qui ont le plus d'action sur les paroxysmes nerveux. Aussi, si nous ne craignons de ne pas trop nous avancer nous attribuerions dans tout cela, avec M. Bourneville, un rôle prépondérant à l'élévation de la température ; et nous remplacerions l'adage cité par M. Delasiauve par cet autre qui exprimerait plus exactement le résultat de notre étude « *spasmos febris accedens solvit* ».

Les épileptiques sont quelquefois aussi guéris par un transmatisme violent, et Lebecque (2) rapporte plusieurs observations de haut mal ayant cédé complètement à une chute, une fracture.

Mais ce sont là des faits exceptionnels et le plus souvent l'épileptique succombe. Après avoir échappé à toutes les causes de mort que nous avons passées en revue, il voit sa santé chanceler, ses forces diminuer et, la diarrhée aidant,

1. De l'influence des malad. intercurrentes sur la marche de l'épilepsie.

2. Thèse de Paris 1895.

il maigrit rapidement, devient gâteux. En même temps ses facultés intellectuelles s'obscurcissent de plus en plus, et bientôt il tombe dans une cachexie extrême et meurt dans le marasme.

OBSERVATION XI

Sommaire. — Père sobre, caractère emporté. — Aucun renseignement sur sa famille. — Mère, fièvre typhoïde grave à dix ans ; très-nerveuse, colère, peureuse. — Renseignements insuffisants sur sa famille. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de seize ans. — Au cinquième mois de la grossesse, chute dans un escalier ; pas de suites. — Premières convulsions à quatre mois, limitées au côté gauche du corps. — Grincements de dents ; accès de colère. — Cognements de tête. — Gâtisme. — Rougeole à dix-huit mois. — Gourme. — Otite. — Conjonctivite. — Début de la marche à dix-sept mois. — Angine couenneuse dans le service. — Abscessus sus-hyoïdien. — Broncho-pneumonie. — Mort.

Autopsie. — Lésions de broncho-pneumonie dans les deux poumons, avec atèlektasie de la base à droite. — Corps thyroïde volumineux. — Inégalité d'épaisseur de la calotte crânienne.

P... Jeanne, âgée de 3 ans, née à Paris, entre le 18 mars 1891 à l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. Bourneville.

Antécédents. — Renseignements fournis par la mère le 26 mars 1891.

Le père, 46 ans, coiffeur, a toujours habité Paris.

Pas de renseignements sur les maladies qu'il a pu faire ; il ne vit pas avec la mère de l'enfant. Il ne l'a connue que quelques mois. De santé faible, il est nerveux et très emporté, se mettant en colère pour les moindres choses ; mais il ne frappe pas. Il n'a pas eu de migraines ; il ne boit pas et fume peu. Pas de renseignements sur sa famille.

La mère, âgée de 30 ans, est journalière, fait des ménages. Née en Bourgogne, elle habite Paris depuis l'âge de 2 ans. Pas de convulsions dans l'enfance, pas de chorée, de migraines ni de maladies cutanées. Elle a eu une fièvre typhoïde grave à 10 ans ; elle fut soignée à l'hôpital Trousseau et fut longtemps convalescente. Régliée à 14 ans, elle l'a toujours été régulièrement. Elle est très nerveuse et très peureuse, s'empporte facilement, et, dans ses colères, « elle a les nerfs sur l'estomac, ça l'étouffe ». Elle n'a cependant pas eu de crises de nerfs.

« Son père est mort il y a 23 ans de la variole. — Sa mère vit encore, probablement, car elle ne l'a pas vue depuis huit ans. A ce moment, elle avait souvent des douleurs et était très colère, la souffletait même. Elle n'était pas alcoolique. Pas de renseignements sur ses grand'parents. — Elle a un frère né, d'un autre père, car sa mère s'était remariée à Paris. Il était alors bien portant et d'un caractère doux, mais peu intelligent.

Pas de consanguinité ; différence d'âge de 16 ans. Il n'y a qu'un enfant, *notre malade*. — Au moment de la conception il n'y avait pas d'alcoolisme, ni de misère ; les deux conjoints vivaient en bonne intelligence. Au

cinquième mois de la grossesse, la mère fit une chute dans un escalier sans qu'elle en ressentit autre chose qu'un malaise momentané. Pas de peurs, d'envies ni de syncopes. Elle n'a eu aucune scène avec le père, dont elle se sépara à l'amiable alors qu'elle était grosse de quatre mois. L'accouchement, à terme, fut facile et sans chloroforme. L'enfant à la naissance ne présenta pas d'asphyxie ni de circulaires du cou ; elle était forte et bien constituée. Elle fut élevée au biberon à la campagne. Les premières attaques apparurent vers l'âge de 4 mois ; l'enfant devenait alors méchante, pleurait comme si elle eût souffert. Puis elle perdait connaissance, sans pousser de cris ; l'écume venait à la bouche et le bras et la jambe gauches étaient animés de convulsions cloniques. Les mouvements étaient toujours limités au côté gauche. Les accès revenaient tous les quinze jours ou trois semaines, et elle avait quelquefois deux accès de suite ; dans ce cas le premier était plus intense que le second. On n'a pas remarqué de contracture, de paralysie, après les accès, mais l'intelligence a diminué. Ramenée à Paris il y a huit mois, la mère la plaça aux Enfants-Malades. Elle grinçait alors des dents au début des attaques, mais ne criait pas. A sa sortie de l'hôpital, au bout de cinq mois, les accès revenaient toujours semblables. De plus elle pleurait continuellement et sans raison, se frappait la tête contre les objets environnants. Pas de salacité ni d'onanisme. Gâtisme complet. Elle a eu la rougeole à dix-huit mois ; elle n'a pas eu la coqueluche, la scarlatine, la variole.

Elle a eu une otite gauche et une conjonctivite double. Elle ne tousse pas et n'a pas d'hémoptysie. Lorsqu'elle a commencé à marcher, à dix-sept mois, on a remarqué que les accès étaient moins fréquents et moins forts, mais des secousses ont apparu dans les reins quand elle marchait et même quand on la portait sur le bras. Elle se met facilement en colère, mais elle « est très chérissante ».

1891. 20 mars. — L'enfant propre à son entrée, a l'air assez intelligente, mais ne parle pas ; elle dit seulement quelques mots « mamame, aco ». Le 23, elle entre au Pavillon d'isolement. On voit une rougeur diffuse du fond de la gorge avec quelques petits points blancs sur l'amygdale gauche. L'état général est bon, l'enfant ne paraît pas abattue. Le 24, la nuit est très calme ; l'état de la gorge persiste ; elle tousse beaucoup. A onze heures, on aperçoit des membranes sur les amygdales ; celles du côté gauche empiètent sur la paroi postérieure du pharynx. On les détache et on badigeonne ensuite. A deux heures et demie, les fausses membranes ne se sont pas réformées ; nouveau badigeonnage. A trois heures et demie, pulvérisations phéniquées sur le fond de la gorge. A six heures, badigeonnage. Le 27, l'enfant a bien dormi et demande à manger. Sur l'amygdale droite, on voit encore un endroit pultacé difficile à détacher ; la langue est humide et rouge. Pas d'albumine. Le 28, l'enfant a eu hier soir 39° de température. Cependant la gorge irait mieux, et elle prend une assez grande quantité de nourriture. Le 29, même état de la gorge. L'explication d

la fièvre est donnée par l'apparition d'une tuméfaction de la région sus-thyroïdienne latérale droite, tuméfaction chaude, rouge et douloureuse. Une palpation, même légère, fait pousser des cris à l'enfant qui se débat. Il ne paraît pourtant pas y avoir de douleurs spontanées. Elle est assez gaie, ne se plaint pas et mange avec appétit. On applique des compresses boriquées chaudes sur la région malade. Le 31, la gorge est encore un peu rouge, mais il n'y a plus de fausses membranes. La tuméfaction présente à peu près le même aspect et les mêmes limites. Très volumineuse, elle efface du côté droit toute ligne de démarcation entre la face et la région cervicale. Elle est dure dans toute son étendue et l'on ne sent nulle part de fluctuation. On applique des cataplasmes de graine de lin, et fait des ouctions avec la pommade mercurielle. Le 1^{er} avril, au matin la tumeur présente en son centre un point fluctuant; ses limites sont toujours aussi étendues. On fait une incision parallèle au bord de la mâchoire et il s'écoule une assez grande quantité d'un pus verdâtre et épais. On draine et fait un pansement à l'eau boriquée. Le 2, l'angine est complètement guérie; il reste seulement un peu de rougeur diffuse de la gorge et du gonflement des amygdales. L'enfant a beaucoup d'appétit, sans vomissements, et les digestions sont bonnes. Rien au cœur ni aux poumons. La plaie a donné passage à une assez grande quantité de pus; il y a encore un peu d'induration. Le 3, la plaie a très bon aspect; une certaine quantité de pus s'est encore écoulée. Il n'y a pas d'albuminurie, pas de paralysie,

et la fièvre a disparu. Le 4, la suppuration est moins abondante et l'induration des tissus adjacents a diminué. La langue est rosée et humide et l'appétit excellent. Pas de fièvre, mais pouls rapide, 100.

L'enfant a un peu de diarrhée depuis hier ; elle ne se plaint pas. Le 7, la suppuration est complètement tarie, on se contente de faire un badigeonnage au colloidion. On donne un gramme de sous-nitrate de bismuth pour calmer la diarrhée. Le 20, l'enfant est complètement guérie ; on la renvoie à la Fondation Vallée. Le 25 août, elle a une série de 20 accès subintrants, le 8 heures à 10 heures du matin ; chaque accès pris isolément est peu violent. L'enfant s'endort ensuite et ne présente plus de convulsions. Le 14 novembre, on la vaccine sans résultat.

1892. — Le 9 janvier, on lui donne 3 capsules de bromure de camphre. Du 10 au 20, on lui en fait prendre 4, du 21 au 25, 5, et du 26 au 31, elle prend 4 capsules. En février on suspend le bromure de camphre pour le reprendre en mars, à raison de 3 capsules par jour seulement. En mai, le traitement est de nouveau suspendu et repris en juin.

1893. — Le 16 mai, on cesse le bromure de camphre et commence l'élixir polybromuré à raison de 1 cuillerée à café. De plus, on continue l'hydrothérapie. Le 15 décembre, l'enfant s'est cognée la tête dans sa baignoire et s'est faite une plaie de 4 centimètres de long sur la bosse frontale gauche. On nettoie la plaie et fait trois points de suture avec pansement compressif à l'iodoforme.

1894. — On continue le même traitement. Le 1^{er} avril on reprend l'hydrothérapie qu'on avait supprimée en décembre. Le 31 juillet, on recommence les douches. Le 1^{er} octobre, l'enfant entre au pavillon d'isolement pour la teigne tondante.

1895. — Le 23 janvier, on continue le même traitement, élixir et capsules de camphre. Le 16 avril, on aperçoit sur le haut de la tête, de nombreuses petites plaques disséminées en voie de guérison. Le 16 juillet, l'amélioration fait des progrès et le 5 août, elle rentre, guérie, à la Fondation Vallée.

On continuera cependant les lotions au sublimé. Le 25 décembre, arrêt de l'hydrothérapie.

1896. — L'enfant prend régulièrement son élixir et ses capsules de bromure de camphre et va à la douche, et, malgré cela, les accès et les vertiges deviennent de plus en plus nombreux.

1897. — On suspend l'hydrothérapie, mais on continue toujours le traitement au bromure de camphre et à l'élixir polybromuré. Le 15 décembre, l'état général est peu satisfaisant. Les accès sont devenus très fréquents, une dizaine par jour. Pas de température ni de diarrhée.

L'appétit se maintient, mais l'enfant reste somnolente et apathique. Le 27, la déchéance fait des progrès rapides.

La faiblesse est plus grande, l'abattement plus marqué. Les accès tendent plutôt à diminuer de nombre et d'intensité.

Pas d'inégalité pupillaire. Il n'y a pas de troubles

trophiques, pas de plaques érythémateuses à la région sacrée, ni de diarrhée. L'auscultation ne révèle rien aux poumons. L'ascension thermique, brusque dans la matinée, 39°, atteint 39°8 le soir. Le 28, l'enfant après une nuit d'insomnie est très abattue et refuse de manger et de boire. La température tombe à 38°1 le matin et 37°2 le soir. L'auscultation des deux sommets fait reconnaître de nombreux craquements avec frottements pleuraux et souffle surtout au niveau de la fosse sus-épineuse gauche. Le 29, l'enfant est de plus en plus abattue, ses yeux sont cernés, et sa figure très pâle. Elle porte continuellement ses mains à sa tête qu'elle fait sans cesse aller de droite à gauche sur son oreiller, et le moindre bruit semble la faire souffrir davantage. La fièvre est nulle 37° et 36°9. Le 30, l'état va en s'aggravant. Le 31, l'enfant ne prend rien, et ne fait plus aucun mouvement. De plus en plus faible, elle s'éteint à huit heures du soir sans pousser un cri. La température est de 37°8.

Autopsie faite 44 heures après la mort par M. Noir.

Le cuir chevelu est maigre et pâle. Les os du crâne sont assez minces, et les diverses cavités de la base paraissent symétriques. La calotte est plus épaisse à gauche qu'à droite, et l'on aperçoit de faibles zones de transparence au niveau de la suture sagittale et à la base frontale gauche. On note de petits os wormiens sur la suture lambdoïde. Du côté gauche, à la partie supérieure, l'os occipital fait saillie et domine le pariétal comme s'il eut été repoussé de dedans en dehors.

Sur *l'hémisphère droit*, les scissures et les sillons sont nombreux et complexes ; les sillons sont petits et coupés par de nombreuses incisures. Sur le lobe frontal, les sillons sont si nombreux qu'il est difficile d'y trouver les trois circonvolutions typiques ; cependant la frontale antérieure est bien dessinée. La troisième frontale, en bordant la scissure de Sylvius, qui est normale, offre un cap de faibles dimensions et dans sa partie antérieure seulement, où la scissure est profonde et prolongée. Les opercules frontal et rolandique sont normaux, ainsi que le sillon de Rolando. Le lobe pariétal est d'aspect normal, et les pariétales supérieure et inférieure sont assez nettement séparées par la scissure interpariétale. La scissure perpendiculaire externe est profonde et très évidente. Le lobe de l'insula est bien développé. Rien de particulier dans le lobe occipital. Les trois circonvolutions temporales sont normales et les deuxième et troisième sont reliées par de nombreux plis de passage et entrecoupées par de multiples scissurs. Rien à noter de particulier sur la face externe ; le lobule paracentral, le coin et l'avant-coin sont d'aspect normal.

Il en est de même du corps calleux, de l'hyppocampe. Le ventricule latéral n'est pas dilaté. Les noyaux gris centraux, le trigone, la bandelette optique, le tubercule mamillaire, n'offrent rien de particulier. Sur *l'hémisphère gauche*, on note les mêmes caractères. La scissure de Sylvius, large, avec ses deux branches bien développées, laisse entrevoir par l'écartement des opercules le lobe de l'insula, d'aspect normal. Le

sillon de Rolando est régulier, mais ne se prolonge pas jusqu'à la face interne; un petit pli de passage existe entre FA et PA. Les circonvolutions frontales, bien que fréquemment entrecoupées par des sillons et des incisures, sont nettement reconnaissables. Le cap de la troisième frontale est assez grêle, mais sans lésion apparente. La frontale ascendante, coupée à sa partie moyenne par une incisure et un pli de passage volumineux, fait communiquer la deuxième frontale avec sa partie inférieure. Sur le lobe pariétal, rien de particulier; la scissure perpendiculaire externe est nettement et profondément marquée sur la face externe. Les lobes occipitaux et temporaux sont normaux. Rien à noter sur le lobe paracentral, l'avant-coin, le coin, ni sur le lobe temporo-sphénoïdal. Les circonvolutions du corps calleux et de l'hippocampe, le trigone, les noyaux centraux, le corps mamillaire, les bandelettes optiques sont normaux. Le ventricule latéral n'est pas dilaté. Le bulbe, la protubérance, le quatrième ventricule, la valvule de Vieussens, les tubercules quadrijumeaux n'ont rien d'anormal. Il en est de même du cervelet.

Le corps thyroïde est assez volumineux; son lobe droit est relié à une petite glande para-thyroïdienne située en arrière du larynx. Il n'y a pas d'adhérences pleurales. Le sommet du poumon gauche est emphysémateux; sans traces de granulations tuberculeuses. La base est congestionnée; elle présente des noyaux d'hépatisation rouge et laisse sortir par les bronches, à la pression, de nombreuses gouttelettes de pus.

Dans le poumon droit, on ne trouve pas non plus de granulations tuberculeuses. Le sommet et le lobe inférieur présentent une congestion intense avec écoulement de pus par les bronches, la base est atelectasiée. Le cœur est normal et le trou de Botal oblitéré. Le foie est un peu congestionné, sans lésions apparentes ; la vésicule biliaire ne contient pas de calculs. La rate est flasque et ne présente rien de particulier. Le pancréas est volumineux. L'intestin grêle et le gros intestin ne présentent aucune lésion apparente. Les reins se décortiquent facilement, ils sont normaux. Le cœcum est muni d'un appendice vermiforme maintenu contre lui dans un pli du péritoine qui mesure dix centimètres de long. Quelques ganglions mésentériques sont engorgés.

OBSERVATION XII

Sommaire. — Père mort à 50 ans (2 ans après la naissance de notre malade). — Excès de boissons à partir de 40 ans et syphilis. — Épilepsie (on ne connaît pas la date du début) ; chute d'un troisième étage dans un accès, sans fractures du crâne ni suites graves. Aucun renseignement sur sa famille. — Mère morte à 46 ans, de bronchite chronique avec emphysème ; grand-père paternel mort à 79 ans paralysé ; grand-mère paternelle morte à 84 ans, bien portante. — A eu douze enfants dont dix sont morts en bas-âge, on ne sait pas de quoi. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de dix ans. — Un frère mort à dix mois du croup. — Conception en état d'ivresse. — Accouchement à terme. — On ignore le début des convulsions. — Marche à deux ans et demi. — Début de la parole à trois ans. —

Fluxion de poitrine étant au collège. — A eu son certificat d'études primaires. — Tuberculose pulmonaire. — Mort.

Autopsie. — Méningite chronique simple. — Cavernes pulmonaires. — Granulations disséminées dans les deux poudons.

B..., Noël, âgé de 15 ans, né à Paris, entre le 12 mars 1891 dans le service de M. Bourneville.

Antécédents. — Renseignements fournis par la tante de l'enfant le 16 mars suivant :

Le père, mort à 50 ans, deux années après la naissance de l'enfant, était maçon. C'était un homme robuste, intelligent et bon travailleur. Il était arrivé, vers 40 ans, à se créer une situation aisée ; jusqu'alors ouvrier, il se mit entrepreneur à son compte. Mais sa conduite se modifia tout d'un coup ; il fit des excès d'alcool, fréquenta les maisons publiques et dépensa non seulement ce qu'il gagnait, mais encore toutes ses économies. Il tomba dans une misère noire. Sa belle-sœur ne sait rien des circonstances qui ont amené sa mort ; « il était brûlé par l'alcool » ; elle ne l'a du reste connu que longtemps après son mariage. Il était épileptique, il tombait tout à coup sans connaissance, ne se débattait pas et restait un quart d'heure sans donner d'autre signe de vie qu'un ronflement très bruyant. Ces accès venaient à intervalles assez éloignés et surtout à la suite d'excès de boissons. Un jour même, il est tombé d'un échafaudage, du troisième étage, et s'est fait une plaie profonde du cuir chevelu et de nombreuses contusions. Il était, à jeun, d'un caractère doux et vivait en bonne intelligence avec sa femme ;

mais lorsqu'il avait bu, il devenait tapageur, sans jamais frapper cependant. Il ne fumait pas. Il était très sanguin, avait la figure rouge, congestionnée et un « nez de buveur très remarquable. » On n'a pas de renseignements sur sa famille.

La mère est morte à 46 ans de bronchite chronique avec emphysème. C'était une femme petite, délicate, sans énergie et sans caractère, ayant supporté jusqu'au bout, sans se plaindre, l'inconduite de son mari. Elle était instruite et intelligente. Elle eut d'abord deux grossesses normales. A partir du jour où commença l'inconduite de son mari, elle dut subir de nombreuses privations et elle pleura beaucoup. A 39 ans, elle eut une bronchite qui l'alita une partie de l'hiver. C'est à la suite de cette maladie qu'elle eut un troisième enfant, notre malade.

« Son père, mort paralysé à 79 ans, était un homme robuste. Il avait, en 1851, à la suite d'un incendie dans lequel il avait tout perdu, fait une maladie grave. Sa mère, morte à 84 ans, était très nerveuse, sans cependant avoir jamais eu de crises de nerfs. Elle eut douze enfants dont six sont morts peu de temps après la naissance; un autre, le mari de la dame qui donne ces renseignements, a succombé, à 47 ans, à une congestion cérébrale. Deux seulement survivent, dont l'un a trois enfants intelligents et bien portants.

Pas de consanguinité; inégalité d'âge de dix ans. Trois enfants : 1° un garçon mort à dix-huit mois du croup; on ne sait s'il a eu des convulsions; 2° une fille, âgée de 20 ans, mariée et bien portante. Intelli-

gente, elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs ni de convulsions. Elle a été réglée très tard, à 18 ans, et a beaucoup souffert à l'apparition de ses premières règles ; 3^e *notre malade*. Au moment de la conception, les parents étaient dans une misère profonde ; le père dépensait en alcool tout ce qu'il gagnait et la mère était affaiblie par les privations et la bronchite qu'elle avait eu l'hiver précédent. L'accouchement se serait bien passé. Grâce à la famille de la mère, l'enfant fut mis en nourrice. Il y resta jusqu'à 14 mois, très mal soigné. Quand on l'en retira, il était petit, chétif « à peine gros comme un enfant de six semaines. »

On ignore s'il a eu des convulsions et quand ont débuté les accès. Sa tante, qui l'a recueilli à la mort de ses parents, dit qu'elle s'en aperçut le premier mois qu'il passa chez elle. Elle remarqua d'abord un ronflement très fort qui empêchait, la nuit, les autres enfants de dormir, et un gâtisme qu'elle n'arrivait pas à corriger malgré les remontrances. Elle fut bientôt frappée de la coïncidence du gâtisme et du ronflement ; elle en parla à un médecin qui n'y attacha aucune importance. Le lendemain des nuits où il avait eu ce ronflement, il était hébété, « tout idiot », mangeait à peine, vomissait ce qu'il mangeait et ne répondait que quand on l'interrogeait. Ces attaques, sans convulsions, se sont répétées d'abord à d'assez longs intervalles. La tante le plaça en pension à Issy. Les premiers temps on y grondait l'enfant parce qu'il lui arrivait quelquefois de gâter dans son lit. Le médecin de l'établissement reconnut l'épilepsie ; mais, comme ses accès étaient assez rares, on

le garda; il resta sept ans dans cette maison. Cependant les crises devinrent plus nombreuses, se reproduisirent plusieurs fois par semaine, et on le renvoya. Il fut placé à Igny où on le conserva trois mois. Dans ces derniers temps, il avait des attaques trois ou quatre nuits de suite, puis restait huit à quinze jours sans en présenter. Le 1^{er} janvier, étant venu chez sa tante, il eut deux accès dans la nuit. Elle remarqua que ces accès étaient bien différents de ceux du début; sans jeter de cri, l'enfant s'étendait violemment, les bras en croix; puis il était agité d'un tremblement convulsif envahissant tout le corps, en même temps que se produisait un ronflement intense. Le premier accès dura une heure et demie et le second une heure. Le lendemain, état d'abrutissement complet; les yeux étaient sans expression, la figure décomposée. L'enfant a marché à deux ans et demi et il avait près de trois ans quand il a commencé à parler; à cinq ans, il parlait encore difficilement. Il a été propre de bonne heure. Il mange gloutonnement et est gourmand. Il est doux, affectueux, caressant, passionné pour le jeu. Paresseux, il ne travaillait guère au collège; on le considérait cependant comme assez intelligent et il a eu son certificat d'études primaires à douze ans. Pas de rougeole, de scarlatine, de variole ni de fièvre typhoïde. Il eut en pension une fluxion de poitrine qui dura dix-huit jours.

1891. — Le 13 mars, l'enfant est propre, à son entrée, et ne présente rien de particulier. En avril, on

institue le traitement qui comprend l'hydrothérapie et l'élixir polybromuré, 1 à 5 cuillerées par jour.

En 1892, les accès sont toujours aussi nombreux. Il ne fait rien à l'atelier de menuiserie et il demande à travailler au jardin. « En 1893, il continue régulièrement les douches et l'élixir. Il va rarement à l'école, il préfère rester au jardin. Son patron se montre peu satisfait de lui. On remarque, en août, un tremblement très prononcé des mains, surtout à gauche, et un peu d'hésitation avant de commencer à parler. Examiné au point du passage aux adultes, il est ajourné. Pendant l'année 1894, son intelligence va en diminuant. Il n'est pas attentif aux leçons du maître, et, au jardin, il se montre très maladroit, ne peut faire que les gros travaux. La déchéance augmente en 1895. Les accès deviennent de plus en plus nombreux. On reprend, le 1^{er} avril, les douches que l'on avait supprimé en janvier. On continue l'élixir polybromuré. Il ne peut dire ni la date de sa naissance, ni le quantième du mois.

En 1896, on note une hébétude prononcée ; ses réponses sont lentes et sa parole pâteuse. La mémoire est très obtuse, et il ne reconnaît plus le surveillant ni les infirmiers. La déchéance fait des progrès rapides, et en classe il devient de plus en plus faible, sauf en arithmétique où il se maintient à peu près. On continue l'élixir et on lui donne un purgatif tous les quinze jours. Le 21 septembre, l'enfant entre à l'infirmerie avec des signes de bronchite généralisée avec prédominance des lésions au sommet gauche. Il accuse une douleur diffuse au devant de la poitrine et l'auscultation

fait entendre des râles sibilants et ronflants dans toute la poitrine, et des râles muqueux avec crépitations au sommet gauche. La température est de $39^{\circ},2$. Depuis longtemps déjà il toussait et il avait maigri beaucoup ; mais il continuait à travailler et ne se plaignait pas. La veille, il a eu plusieurs frissons, et il tousse, par quintes ; l'expectoration est purulente, avec crachats nummulaires. Les jours suivants, l'état du malade s'améliore et la température tombe à $38^{\circ},4$ le 22 et à $37^{\circ},6$ le 23 au matin.

Mais l'expectoration continue avec les mêmes caractères. On lui donne un julep au kermès et le 24 on lui applique des pointes de feu sur le sommet du poumon gauche. Le 20 octobre, on remarque que les lésions tuberculeuses augmentent rapidement et envahissent les deux poumons aux sommets desquels on entend du gargouillement. Il prend une potion à la créosote et on lui fait des pointes de feu. La maladie suit son cours en novembre et en décembre ; elle va même en s'aggravant. L'enfant tousse toujours beaucoup et l'expectoration est très abondante ; souvent les crachats sont striés de sang. La nuit il transpire abondamment.

1897. — Le 4 janvier, le malade, depuis quelques jours se plaint de la tête et porte souvent la main au front. La température est de $39^{\circ},6$. Le 6 janvier au matin, la céphalalgie a augmenté et l'enfant présente de l'obnubilation des idées et de l'inégalité des pupilles. L'auscultation révèle les mêmes signes, plus accentués ; et l'expectoration est striée de sang. Il n'a pas de convulsions ni de contractures. La peau du visage

et des lèvres est cyanosée. Dans l'après-midi, la cyanose augmente et la respiration s'embarrasse de plus en plus; les râles sont nombreux et bruyants. Enfin le malade, qui avait conservé son entière connaissance, meurt le soir à 7 heures et demie. Le thermomètre marque 38.

Autopsie faite 37 heures après le décès par MM. Bourneville et Rellay.

Le cuir chevelu est assez épais; il présente cinq ou six ecchymoses disséminées sur sa partie antérieure. Les os du crâne sont durs, mais relativement peu épais. La calotte ne présente pas de synostose; il existe de nombreuses plaques transparentes. Le liquide céphalo-rachidien est peu abondant. Les différentes cavités de la base paraissent symétriques. La glande pituitaire est petite. Le trou occipital est normal. La dure-mère n'offre rien de particulier. Sur la pie-mère, on note une vascularisation très fine à la base, plus prononcée sur la face convexe où elle forme, par endroits, des taches presque ecchymotiques, et des adhérences le long de la scissure de Sylvius. Les différentes parties de la base de l'encéphale, artères, nerfs, tubercules mamillaires, sont symétriques. Sur les six à huit premiers centimètres de la moelle, la pie-mère présente une coloration presque noire, prédominant sur la face antérieure. Sur l'hémisphère gauche, la pie-mère se détache facilement sans entraîner de substance grise; elle est un peu épaissie. La corne d'Ammon n'est pas indurée. La couche optique, le corps strié n'offrent rien de particulier. Les sillons sont moyennement profonds. Les

plis de passage sont relativement peu nombreux. Sur *l'hémisphère droit*, on remarque exactement la même chose en ce qui concerne la pie-mère, la corne d'Ammon etc... Nulle part on ne trouve de granulations tuberculeuses.

A l'ouverture de la cavité thoracique, on ne trouve de liquide ni dans le péricarde, ni dans la plèvre. Le ventricule droit est très dilaté sans que ses parois soient hypertrophiées ; sa cavité contient de gros caillots fibrineux. L'artère pulmonaire contient aussi un gros caillot fibrineux qui s'étend depuis son origine jusqu'à sa bifurcation. Les deux poumons présentent des lésions très étendues. Au sommet du poumon gauche, il existe une caverne du volume d'une mandarine remplie de pus, et, dans le lobe inférieur, une autre caverne grosse comme une noix. Dans le reste du poumon on voit de nombreuses granulations de dimensions variables. Les lésions sont moins étendues. Pas de tuberculose dans les autres organes. Le foie, la rate, les reins, le pancréas, les testicules ne présentent aucune lésion. L'intestin ne contient pas d'ascarides. La muqueuse vésicale n'est pas congestionnée. Les ganglions trachéo-bronchiques sont hypertrophiés et caséux.

Tous les ans, depuis 1880, M. Bourneville publie, avec ses Internes, le compte-rendu de son service de Bicêtre. Il comprend une partie clinique et une partie historique. Dans cette dernière partie, figure la statistique des décès. Sur son conseil, nous avons tiré de

ces statistiques, portant sur dix-huit années, tous les cas relatifs à l'épilepsie et à l'idiotie compliquée d'épilepsie, avec la cause de la mort.

Voici cette statistique :

Noms	Age	Sexe	Diagnostic	Cause du décès
ANNÉE 1880				
Bour.....	4 ans	Garçon	Idiotie. Epilepsie	Pneumonie
Charl.....	11 —	—	Idiotie. Epilepsie	Congestion pulmonaire
Espin.....	11 —	—	Idiotie. Epilepsie	Cachexie
Fér.....	15 —	—	Epilepsie	Pleurésie purulente
Font.....	46 —	—	Epilepsie	Mort par érysipèle de la face
Gui.....	14 —	—	Idiotie. Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Micamb....	17 —	—	Epilepsie	Broncho-pneumonie
Mois.....	25 —	—	Epilepsie	Pneumonie
Poncel.....	75 —	—	Epilepsie	Erysipèle traumatique
Torn.....	28 —	—	Epilepsie	Parotidite consécutive Tuberculose pulmonaire
ANNÉE 1881				
Baros.....	14 —	—	Epilepsie. Imbécillité	Pneumonie
Bill.....	33 —	—	Epilepsie. Cécité	Mort sub. Tumeur céréb.
Bonn.....	32 —	—	Idiotie. Epilepsie	Etat de mal.
Boul.....	6 —	—	Idiotie. Epilepsie	Etat de mal.
Buve.....	9 —	—	Idiotie. Epilepsie	Diarrhée chronique
Buyse. (de)	73 —	—	Epilepsie	Etat de mal.
Carel.....	36 —	—	Epilepsie	Mort sub. Tumeur céréb.
Carr.....	67 —	—	Epilep. Hémip. droite	Pneumonie
Chamb.....	5 —	—	Idiotie. Epilepsie	Phthisie
Chér.....	65 —	—	Epilep. Déb. mentale	Suicide par pendaison
			Microcéphalie	
Ctiq.....	31 —	—	Epilepsie	Etat de mal.
Desse.....	30 —	—	Epilepsie	Etat de mal.
Ducha.....	11 —	—	Idiotie. Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Fave.....	9 —	—	Idiotie. Epilepsie	Rougeole
Faug.....	36 —	—	Epilepsie. Imbécillité	Pneumonie suppurée
Groul.....	7 —	—	Epilepsie	Stomat. ulcéro-membran.
Labour.....	8 —	—	Idiotie. Epilepsie	Etat de mal.
Laur.....	20 —	—	Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Lem.....	16 —	—	Idiotie. Epilepsie	Méningite
Levas.....	8 —	—	Idiotie. Epilepsie	Rougeole
Liffr.....	10 1/2	—	Idiotie. Epilepsie	Fièvre typhoïde
Mén.....	28 —	—	Idiotie. Epilepsie	Etat de mal
Milg.....	9 —	—	Idiotie. Epilepsie	Rougeole
Mott.....	62 —	—	Epilepsie	Hémorragie cérébrale
Perr.....	17 —	—	Epilepsie.	Tumeur cérébrale
Pious.....	41 —	—	Epilepsie. Démence	Cachexie progressive

Noms	Age	Sexe	Diagnostic	Cause du décès
ANNÉE 1882				
Andr.....	38 ans	Gargon	Epilepsie	Mort subite
Brunsch...	10 —	—	Idiotie. Epilepsie	Broncho-pneumonie
Clau.....	19 —	—	Idiotie. Epilepsie	Broncho-pneumonie
Duh.....	57 —	—	Epilepsie tardive	Mort subite
Duroch...	23 —	—	Epilepsie	Etat de mal
Fourn.....	6 —	—	Imbécillité. Vertiges	Diphtérie
Franv.....	20 —	—	Epilepsie	Mort subite
Fress.....	76 —	—	Epilepsie tardive	Asphyxié par un morceau de viande
Giv.....	25 —	—	Epilepsie	Fracture du Crâne
Kank.....	9 —	—	Idiotie. Epilepsie	Broncho-pneumonie
Lebl.....	71 —	—	Epilepsie tardive	Mort subite
Loir-Mong	6 —	—	Imbécillité. Epilepsie	Athrepsie
Rob.....	42 —	—	Epilepsie idiopathique	Mort dans un accès
Tham.....	43 —	—	Epilepsie	Congestion pulmonaire
Thin.....	62 —	—	Epilepsie	Etat de mal
Tourn.....	44 —	—	Idiotie. Epilepsie	Etat de mal

ANNÉE 1883

Abbad....	41 —	—	Idiotie. Epilepsie	Rougeole-Broncho-pneum.
Alép.....	11 —	—	Epilepsie idiopathique	Etat de mal
Ben.....	10 —	—	Epilepsie symptom.	Athrepsie
Bourg.....	7 1/2	—	Epilepsie symptom.	Etat de mal
Buss.. (de)	23 —	—	Epilep. idiopathique	Etat de mal
Col.....	26 —	—	Epilep. Hémip. dr.	Etat de mal
Dauber...	17 —	—	Epilepsie. Cécité	Cachexie progressive
Del.....	16 —	—	Epilepsie idiopath.	Tuberculose généralisée
Dond.....	26 —	—	Epilepsie idiopath.	Cachexie progressive
Dup.....	16 1/2	—	Epilepsie symptom.	Cachexie
Grar.....	24 —	—	Epilep. Hémip. gauc	Etat de mal
Guill.....	43 —	—	Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Lan.....	22 —	—	Epilepsie idiopath.	Pneumonie caséuse
Lefè.....	19 —	—	Epilepsie symptom.	Mort dans un accès
Maill.....	31 —	—	Epilepsie idiopath.	Tuberculose pulmonaire
Moll.....	28 1/2	—	Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Mong.....	37 —	—	Epilepsie tardive	Fracture de la base du crâne
Morize...	30 1/2	—	Epilepsie. Hystérie	Etat de mal.
Ric.....	17 —	—	Idiotie. Epilepsie	Cachexie épileptique
Tauv.....	23 1/2	—	Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Tot.....	53 —	—	Epilepsie	Pneumonie

Noms	Age	Sexe	Diagnostic	Cause du décès
ANNÉE 1884				
Bezam	37 ans	Garçon	Epilepsie. Demence	Pneumonie
Brégev....	59 —	—	Epilepsie	Broncho-pneumonie
Charm	9 —	—	Epilepsie idiopath.	Tuberculose pulmonaire
			Hydrocéphale	
Demang...	20 —	—	Idiotie. Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Faur.....	5 —	—	Idiotie. Epilepsie	Cachexie épileptique
Goldb.	7 1/2	—	Epilepsie idiopath.	Mort dans un accès
Gouell.....	18 —	—	Idiotie Elip. vertig.	Méningo-encéph. chronique
			Hémiplégie droite	
Gren.....	18 —	—	Epilepsie symptom.	Mort dans un accès.
Hutr.....	5 —	—	Epilepsie	Broncho-pneumonie
Lefé.....	21 —	—	Idiotie. Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Lobb.....	13 1/2	—	Epilepsie idiopath.	Broncho-pneumonie
Lou.....	13 1/2	—	Epilepsie idiopath.	Etat de mal
Ma.....	9 1/2	—	Idiotie. Epilepsie	Fièvre continue
Moyse-Mey	22 —	—	Epilepsie idiopathiq e	Congestion pulmonaire
Reb.....	4 1/2	—	Idiotie. Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Rent.....	71 —	—	Epilepsie tardive	Hémorrhagie cérébrale
Thouven ..	12 —	—	Idiotie, Epilepsie	Mort dans un accès
Wei.....	17 1/2	—	Imbécillite Epilepsie	Etat de mal,

ANNÉE 1885

Bass.....	43 —	—	Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Bers.....	37 —	—	Epilepsie	Etat de mal
Bon.....	15 —	—	Epilepsie	Mort dans un accès
Chop.....	21 —	—	Epilepsie	Mort dans un accès
Delor.....	15 1/2	—	Epilepsie	Broncho - pneumonie
Duch.....	25 —	—	Epilepsie procursive	Etat de mal
Fauc.....	15 —	—	Epilepsie	Mort dans un accès
Ferre.....	7 —	—	Idiotie. Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Juven.....	43 —	—	Idiotie. Epilepsie	Asph. p. sub. dans un ac.
Laj.....	21 1/2	—	Epilepsie Secousses	Tuberculose pulmonaire
Langl.....	16 —	—	Epilepsie	Cachexie épileptique
Maisonh...	17 —	—	Epilepsie procursive	Mort dans un accès
			Hémiplégie droite	
Ménage ...	43 —	—	Epilepsie idiopathique	Introduction de corps étran-
				gers dans les voies aérien.
Men.....	21 1/2	—	Epilepsie	Tuberculose généralisée
Moncourt..	10 —	—	Idiotie. Epilepsie	Tuberculose généralisée
Soir.....	65 —	—	Epilepsie	Mort dans un accès
Vissi.....	16 1/2	—	Epilepsie	Etat de mal

Noms	Age	Sexe	Diagnostic	Cause du décès
ANNÉE 1886				
Baur.....	8 ans	Garçon	Idiotie. Epilepsie	Etat de mal
Be.....	41 —	—	Hémipl. dr. Athétose Epilepsie symptomat.	Pneumonie
Boiss.....	24 —	—	Epilepsie	Etat de mal
Bonn.....	26 —	—	Epilepsie. Demence	Cachexie progressive
Bourden.....	21 —	—	Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Bozan.....	7 —	—	Idiotie. Epilepsie	Etat de mal.
Canni.....	29 —	—	Epilep. Paral. génér.	Accès multiples. Cachexie
Car.....	45 1/2	—	Epilep. proc. Dem.	Cachexie épileptique
Dar.....	42 —	—	Epilepsie Demence	Tuberculose pulmonaire
Doucer.....	21 —	—	Imbecil. Hémipl. dr. Epilepsie	Etat de mal.
Duvill.....	43 —	—	Epilepsie	Cachexie
Enderl.....	5 —	—	Epilepsie. Alcoolisme	Ang. et laryng. diphtér.
Franc.....	13 —	—	Epilepsie	Mort dans un accès
Grail.....	19 —	—	Epilepsie	Etat de mal.
Gra.....	13 —	—	Epilepsie	Etat de mal.
Hut.....	37 —	—	Epilepsie	Mort dans un accès (Alim. dans les voies resp.)
Jans.....	14 —	—	Idiotie. Epilepsie	Etat de mal
Lab.....	6 1/2	—	Idiotie. Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Lelo.....	17 —	—	Epilepsie	Etat de mal.
Moro.....	59 —	—	Epilepsie tardive	Pneumonie caséuse
Pinch.....	16 —	—	Epilepsie	Etat de mal.
Schadl.....	22 —	—	Epilepsie	Etat de mal.

ANNÉE 1887

Bio.....	10 —	—	Epilepsie	Broncho-pneumonie
Bonte.....	21 —	—	Imbécillité. Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Boul.....	11 1/2	—	Epilep. Hémipl. gauc.	Etat de mal.
Briqu.....	56 —	—	Epilepsie tardive	Pneumonie
Courch.....	16 —	—	Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Defare.....	25 —	—	Epilepsie	Etat de mal.
Guid.....	18 —	—	Epilepsie. De nence	Congestion pulmonaire
Laur.....	18 —	—	Epilepsie	Broncho-pneumonie
Parin.....	18 —	—	Epilepsie apoplectif.	Gangrène. pulmon. droite
Péroch.....	55 —	—	Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Ru.....	78 —	—	Epilepsie tardive Hémiplégie droite	Broncho-pneu monie
Ségui.....	47 —	—	Epilepsie symptom.	Cachexie progressive
Souton.....	4 1/2	—	Epilep. Hémipl. dr.	Broncho-pneumonie
Vécla.....	8 —	—	Hémiplégie droite et Epilepsie symptom.	Abcès sacro-lombaire

Noms	Age	Sexe	Diagnostic	Cause du décès
------	-----	------	------------	----------------

ANNÉE 1888

Bed.....	42 ans	garçon	Epilepsie idiopath.	Etat de mal
Bren.....	18 —	—	Epilep Hémip. gauc.	Etat de mal.
Cheval.....	18 —	—	Epilepsie	Etat de mal.
Cont.....	21 —	—	Epilepsie	Cachexie progressive
Cop.....	10 —	—	Idiotie. Epilepsie	Cachexie progressive
Delac.....	9 1/2	—	Epilepsie	Cachexie progressive
Héra.....	27 —	—	Epilepsie idiopath.	Broncho-pneumonie
Joussel.....	62 —	—	Epilepsie tardive	Cachexie progressive
Lecorn.....	21 1/2	—	Epilepsie idiopath.	Muberculose généralisée
Leter.....	70 1/2	—	Epilepsie tardive	Cachexie progressive
Mesnié.....	25 —	—	Epilepsie idio. ath.	Tuberculose pulmonaire
Metta.....	17 —	—	Epilepsie idiopath.	Etat de mal.
Mon.....	42 —	—	Epilepsie	Cachexie progressive
Mul.....	15 —	—	Epilepsie	Congestion pulmonaire
Mu.....	19 —	—	Epilepsie. Demence	Etat de mal.
Néz.....	47 —	—	Epilep. Hémip. gauc.	Cachexie progressive
Terrea.....	10 —	—	Idiotie. Epilep. Microc.	Broncho-pneumonie
Vene.....	14 —	—	Epilepsie symptom.	Etat de mal.

ANNÉE 1889

Bonte.....	21 —	—	Imbécillité. Epilepsie	Cachexie progeessive
Douch.....	12 —	—	Epilepsie	Erysipèle de la face
Dub.....	15 —	—	Epilepsie - Syphilis	Broncho-pneumonie
Fourn.....	11 1/2	—	Idiotie. Hémip. gauc.	Apoplexie méningée
Kieff.....	3 1/2	—	Epilepsie	Rougeole
Lefèv.....	16 —	—	Epilepsie	Etat de mal.
Olivier.....	49 —	—	Epilepsie idiopath.	Phthisie pulmonaire
Régn.....	9 —	—	Epilep. Hémip. dr.	Etat de mal.

ANNÉE 1890

Berl.....	12 —	—	Epilepsie	Fracture du crâne
Bonn.....	15 —	—	Epilepsie-syphilis	Congestion pulmonaire
Desse.....	15 1/2	filie	Epilepsie	Pneumonie
Foss.....	4 —	garçon	Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Guiss.....	9 1/2	—	Imbécillité. Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Margal.....	16 1/2	—	Epilepsie	Etat de mal
Neh.....	8 —	—	Epilepsie. Idiotie	Diphthérie
Pint.....	22 1/2	—	Imbécillité. Epilepsie	Pneumonie
Ren.....	15 —	—	Idiotie. Epilepsie	Cachexie progressive
Revill.....	17 —	—	Epilepsie. Idiotie	Pneumonie lobaire
Mull.....	24 —	—	Epilepsie	Etat de mal.

Noms	Age	Sexe	Diagnostic	Cause du décès
------	-----	------	------------	----------------

ANNÉE 1891

Barb.....	11 ans	garçon	Epilepsie. Idiotie	Abcès du foie
Gassaign...	3 —	—	Epilepsie partielle	Cachexie progressive
Gém.....	26 —	—	Epilepsie	Urémie
Klei.....	15 —	—	Idiotie. Epilepsie	Cachexie progressive
Kret.....	17 —	—	Epilepsie	Etat de mal.
Messag.....	17 —	—	Epilepsie. Démence	Etat de mal.
Miell.....	27 1/2	—	Epilepsie (guérie).	Tuberculose pulmonaire
Niv.....	29 —	—	Idiotie. Epilepsie	Cachexie progressive
Rab.....	12 —	—	Epilepsie. Démence	Tuberculose pulmonaire
Roo.....	6 —	—	Idiotie. Epilepsie	Broncho-pneumonie
Thir.....	33 —	—	Idiot. Epilep. Syph.	Tuberculose pulmonaire

ANNÉE 1892

Co.....	25 —	—	Epilepsie	Broncho-pneumonie
Lho.....	18 —	—	Epilepsie	Broncho-pneumonie
March.....	13 —	—	Epilepsie symptom.	Etat de mal.
Migeot.....	21 —	—	Epilepsie	Etat de mal.
Stadmill....	13 —	filie	Epilepsie. Démence	Congestion pulmonaire

ANNÉE 1893

Baud.....	17 1/2	garçon	Epilepsie hérédit.	Etat de mal.
Far.....	16 —	—	Epilepsie. Démence	Congestion pulmonaire
Guhn.....	16 1/2	—	Epilepsie. Démence	Asphyxié par un corps étranger dans la trachée
Hagn.....	27 —	—	Epilep. Hémip. dr.	Congestion pulmonaire
Hil.....	17 1/2	—	Epilepsie. Démence	Congestion pulmonaire
Lallem.....	14 1/2	—	Epilepsie symptom.	Etat de mal.
Marc.....	13 —	—	Epilepsie	Congestion pulmonaire
Mont.....	7 —	—	Idiotie et Epilepsie	Etat de mal.

ANNÉE 1894

Alloch.....	17 1/2	—	Epilepsie. Macroceph.	Congestion pulmonaire
Basn.....	15 1/2	—	Epilepsie	Péric. ; endocard. ; cirrh.
Boutr.....	18 1/2	—	Epilepsie	Congestion pulmonaire
Deco.....	16 —	—	Epilepsie	Etat de mal
Mort.....	14 —	—	Epilepsie	Etat de mal.
Muss.....	13 —	—	Epilepsie	Congestion pulmonaire
Veulr.....	14 —	—	Epilepsie	Cachexie progressive

Noms	Age	Sexe	Diagnostic	Cause du décès
ANNÉE 1895				
Couilb.....	17 ans	filie	Epilepsie idiopath.	Etat de mal.
Desmaz.....	10 —	—	Epilepsie	Etat de mal.
Duf.....	15 —	garçon	Epilep. Hémip. gau.	Tuberculose pulmonaire
Gaut.....	14 —	—	Epilepsie	Etat de mal.
Iefr.....	15 —	—	Epilepsie	Congestion pulmonaire
Lele.....	17 —	—	Idiotie. Epilepsie	Eracture de la base du cr.
Merl.....	15 —	—	Epilepsie	Etat de mal.
Patel.....	16 —	—	Epilepsie	Asphyxie
Robich.....	4 1/2	—	Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Schneid.....	15 —	—	Epilepsie idiopath.	Etat de mal.
Will.....	17 —	—	Epilepsie	Etat de mal.

ANNÉE 1896				
Cai.....	9 —	—	Idiotie. Epilepsie	Angine diphtéritique
Car.....	9 —	—	Epilepsie	Etat de mal
Chiff.....	5 —	filie	Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Debie.....	16 —	garçon	Epilepsie idiopathique	Etat de mal
Delab.....	15 —	—	Idiotie. Epilepsie	Congestion pulmonaire
Doist.....	21 —	—	Epilepsie	Etat de mal
Dumo.....	14 —	—	Epilep. Hémip. gauch.	Congestion pulmonaire
Harr.....	8 —	—	Epilepsie. Perforation crânienne congénitale	Hémorrhagie méningée
Le Bor.....	18 —	—	Epilepsie. Idiotie	Pneumonie
Maf.....	18 —	—	Epilepsie. Cyphose	Etat de mal
Nar.....	11 —	—	Alcoolisme. Hémip. gauch. et epilep. cons.	Gangrène pulmonaire
Poirs.....	4 —	—	Epilepsie Idiotie	Congestion pulmonaire
Thom.....	20 —	—	Epilepsie	Etat de mal
Urb.....	13 1/2	—	Epilepsie Idiotie	Etat de mal

ANNÉE 1897				
Branc.....	21 —	—	Epilepsie. Démence	Tuberculose pulmonaire
Debr.....	10 —	—	Idiotie. Epilepsie	Pneumonie
Delf.....	11 —	—	Idiotie. Epilep. Trép.	Congestion pulmonaire
Delor.....	9 —	—	Idiotie. Hémip. droite	Pneumonie
Gail.....	10 —	filie	Epilepsie Idiotie et Epilepsie	Congestion pulmonaire
			Symptom. de pseudo- porencéphalie	
Gir.....	12 —	—	Idiotie et Epilepsie	Congestion pulmonaire
Hél.....	18 —	garç.	Epilepsie	Tuberculose pulmonaire
Muth.....	9 —	—	Epilep. Hémip. droite	Tuberculose pulmonaire
Pich.....	9 —	filie	Epilepsie	Broncho-pneumonie
Pid.....	6 —	garç.	Epilep. consécutive à une fièvre typhoïde	Cachexie progressive
Veyr.....	9 —	filie	Idiotie et epilepsie symptom. de sclérose athroph. des deux lo- bes frontaux	Congestion pulmonaire

ANNÉE 1898				
Vangel....	10 —	garç.	Epilepsie	Mort dans un accès
Jol.....	19 —	—	Epilepsie. Triple crâ- niectomie	Etat de mal
Bouss.....	20 —	—	Epilepsie. Hémiplegie droite	Etat de mal
Bong.....	14 —	—	Epilepsie. Idiotie	Etat de mal
Bertr.....	16 —	filie	Imbécillité. Epilepsie	Etat de mal
Gerv.....	2 —	—	Epilepsie. Cécité	Méningite hémorragique
Ham.....	17 —	—	Epilepsie symptom.	Etat de mal

Si nous jetons un coup d'œil sur ce tableau, nous voyons que la mortalité se répartit ainsi :

Etat de mal	72
Mort dans un accès	11
Abscès sacro-lombaire	1
— du foie.	1
Angine diphthéritique	1
Apoplexie méningée	1
Athrepsie	1
Asphyxie par un corps étranger	5
— pendaison	1
— submersion.	1
Cachexie	31
Tuberculose pulmonaire	41
Gangrène	2
Congestion.	21
Brôncho-pneumonie.	16
Pneumonie	16
Pleurésie purulente.	1
Rougeole	5
Diarrhée chronique.	1
Fièvre typhoïde	1
Diphthérie	2
Méningite	2
Erysipèle de la face.	3
Hémorrhagie cérébrale.	3
Mort subite (tumeur cérébrale).	7
Urémie.	1
Péricardite-endocardite	1
Stomatite ulcéro-membraneuse.	1
Fracture du crâne	4

CONCLUSIONS

1° L'épilepsie est souvent mortelle.

2° Les épileptiques meurent de manières bien différentes ; tantôt ils sont victimes d'un accident dans leur chute ; tantôt ils sont asphyxiés par un violent paroxysme : d'autres fois ils meurent en état de mal ; enfin ils peuvent être emportés par une maladie intercurrente ou succomber à la cachexie progressive.

3° On doit donc exercer une surveillance continuelle sur ces malades et, au moment de leurs accès, les protéger dans leur chute contre tout ce qui pourrait les blesser, les débarrasser des corps étrangers qu'ils pourraient avoir dans bouche et qui entraveraient la respiration.

4° On est malheureusement trop souvent impuissant contre l'état de mal.

5° On leur donnera une alimentation reconstituante et tonique pour leur permettre de lutter contre les diverses maladies qui peuvent les atteindre et contre la cachexie.

INDEX BIBLIOGRAPHIE

AUBANEL. — Gazette médicale, Paris 1839.

BOURNEVILLE. — Bulletins de la société anatomique 1869.

— Thèse de Paris 1870.

BOURNEVILLE. — Etudes cliniques et thermométriques sur les
maladies du système nerveux, 1871.

— Archives de neurologie, 1887.

— Compe-rendu de la société de biologie, 1874.

— Gazette médicale de Paris, 1875.

— Progrès médical 1886, 1887 et 1889.

— Compe-rendu de Bicêtre 1885, 1886, 1893.

CASVENAVE. — Gazette des hôpitaux, 1851.

CHARCOT. — Œuvres complètes, tome I.

DUCLOS. — Thèse de Paris 1847.

DECAISNE. — Annales de la Société de Médecine de Gand, 1898.

DELASIAUVE. — Traité de l'épilepsie.

— Revue de Médecine française et étrangère. Paris 1865.

DUGUET. — Bulletins de la Société anatomique. Paris 1863.

ESQUIROL. — Traité des maladies mentales.

— Dictionnaire des sciences médicales.

FAUCHER. — Thèse de Paris 1864.

FOVILLE. — Observations sur la nature et le traitement de l'épi-
-lepsie.

GEORGET. — Dictionnaire de Médecine. Art. épilepsie.

GODEFROY. — Gazette des Hôpitaux 1846.

HÉROGUELLE. — Thèse de Paris 1894.

JACCOUD. — Traité de pathologie interne.

HIPPOCRATE. — De Morbosacro.

— Prædictiones, lib. 2.

HERPIN. — Pronostic et traitement de l'épilepsie.

LEBECQUE. — Thèse de Paris 1895.

LIEUTAUD. — Anatomia.

MAGNAN. — Leçons cliniques sur l'épilepsie recueillies par
Briand. Paris 1882.

MAISONNEUVE. — Recherches sur l'épilepsie 1893.

MICHEA. — Pronostic de l'épilepsie. Paris 1858.

MONNERET ET FLEURY. — Compendium de médecine pratique,
art. épilepsie.

PINEL. — Nosographie philosophique.

RENGADE ET REYNAUD. — Gazette hebdomadaire de médecine
1865.

— Annales de la Société de Médecine et chirurgie de
Liège, 1865.

RENNES. — Archives générales de médecine.

SÉGLAS. — Thèse, Paris 1880.

TISSOT. — Traité de l'épilepsie. Lausanne, 1770.

TURNER. — Art. of. Surgery.

TROUSSEAU. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu.

Vu par le Président de la thèse.

DEBOVE

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris

GREARD

Impr. de la Faculté de médecine de Paris, H. JOUVE, 15, rue Racine.

